

## READINESS ASSURANCE TEST

1. Trong trường hợp xảy ra xuất huyết tử cung chức năng tuổi dậy thì ở mức độ nghiêm trọng, thì nhóm được chất nào sẽ được chọn dùng như lựa chọn đầu tay?
  - A. Acid tranexamic hay kháng viêm không Steroid
  - B. Thuốc tránh thai phối hợp Estrogen-progestogen
  - C. Estrogen liên hợp hay ethinyl estradiol
  - D. Progestogen hoặc progesterone
2. Ở một bé gái tuổi dậy thì bị xuất huyết, yếu tố nào có tính chất định hướng kém nhất và không có giá trị gợi ý chẩn đoán phân biệt hai tình trạng xuất huyết: xuất huyết cơ năng tuổi dậy thì với xuất huyết do nguyên nhân thực thể?
  - A. Khảo sát định lượng nội tiết cho thấy nồng độ LH cơ bản thấp hay rất thấp
  - B. Xuất hiện kéo dài quá 2 năm kể từ thời điểm thấy hành kinh lần đầu
  - C. Bệnh sử chủ yếu là kinh kéo dài, nhưng vẫn giữ nguyên tính chu kỳ
  - D. Khảo sát huyết đồ cho thấy bất thường của nhiều dòng tế bào máu
3. Khi điều trị xuất huyết tử cung cơ năng tuổi dậy thì, phải đảm bảo đạt được mục tiêu nào?
  - A. Tái lập ra huyết kinh đều đặn có tính chu kỳ
  - B. Tái lập hiện tượng phóng noãn bình thường
  - C. Phân tiết hóa nội mạc tử cung bằng Steroid
  - D. Phải đảm bảo đạt được cả ba mục tiêu trên
4. Trong trường hợp xảy ra xuất huyết tử cung chức năng tuổi dậy thì mức độ nhẹ hay trung bình, thì kiểu điều trị nội tiết nào sẽ được chọn dùng như lựa chọn đầu tay?
  - A. Dùng một số ngày nhất định trong mỗi tháng, dù không có chảy máu
  - B. Dùng liên tục, chỉ tôn trọng các khoảng nghỉ 7 ngày không thuốc
  - C. Chỉ dùng để cầm máu khi có chảy máu, ngưng dùng khi ngưng chảy máu
  - D. Chỉ dùng để cầm máu khi có chảy máu, duy trì một vài tuần rồi ngưng
5. Khi điều trị xuất huyết tử cung ở người có hội chứng buồng trứng đa nang, phải đảm bảo đạt được mục tiêu nào?
  - A. Tái lập được hiện tượng phóng noãn bình thường bằng thuốc
  - B. Tránh để nội mạc bị phơi bày kéo dài với estrogen đơn thuần
  - C. Giải quyết được các rối loạn chủ yếu trong cơ chế bệnh sinh
  - D. Điều trị phải đảm bảo đồng thời đạt được cả ba mục tiêu trên
6. Ở giai đoạn sớm của tiền mãn kinh, rất hiếm khi thấy tình trạng nào (trong các tình trạng dưới đây)?
  - A. Chu kỳ kinh ngắn lại nhiều ngày so với trước, với tính chu kỳ vẫn bảo tồn
  - B. Hiện diện nang noãn có kích thước bằng nang trưởng thành ở ngày đầu chu kỳ
  - C. Có nhiều hơn một nang noãn trưởng thành và phóng noãn trong một chu kỳ
  - D. Không còn quan sát thấy hiện tượng phóng noãn và thành lập hoàng thể
7. Thay đổi nào là thay đổi thường gặp nhất ở phụ nữ Việt Nam mắc hội chứng buồng trứng đa nang?
  - A. Cường androgen trên lâm sàng
  - B. Phóng noãn thừa/không phóng noãn
  - C. Béo phì kèm tình trạng kháng insulin
  - D. Ba thay đổi trên cùng xuất hiện đồng thời ở người có hội chứng buồng trứng đa nang

8. Hãy xác định điểm tương đồng trong điều trị xuất huyết tử cung cơ năng ở tuổi dậy thì và điều trị xuất huyết tử cung tuổi tiền mãn kinh?
- A. Điều nhằm vào mục đích ngắn hạn cho mỗi lần xuất huyết
  - B. Điều nhằm vào loại bỏ nguy cơ dài hạn của thiếu progesterone
  - C. Điều dự trên nền tảng là liệu pháp dùng progestogen
  - D. Cùng xem thuốc tránh thai là lựa chọn đơn giản và ưu tiên
9. Trong các “chỉ định” liệt kê sau của sinh thiết nội mạc tử cung, “chỉ định” nào là chính xác?
- A. Sinh thiết nội mạc vì xuất huyết bất thường sau mãn kinh, siêu âm thấy độ dày nội mạc tử cung >5mm
  - B. Sinh thiết nội mạc vì xuất huyết bất thường tiền mãn kinh, siêu âm thấy độ dày nội mạc tử cung >5mm
  - C. Sinh thiết nội mạc vì xuất huyết bất thường tuổi sinh sản, siêu âm theo dõi thấy không có phóng noãn
  - D. Trong cả ba trường hợp trên, chỉ định sinh thiết nội mạc cùng là các chỉ định chính xác
10. Đây là cách quản lý thích hợp cho tăng sinh phức tạp không điển hình của nội mạc tử cung?
- A. Cắt hay đốt phá hủy nội mạc tử cung
  - B. Selective progesterone receptor modulator
  - C. Dydrogesterone hay progesterone tự nhiên
  - D. Dẫn xuất từ 19-nor-testosterone hay MPA

1. Trong trường hợp xảy ra xuất huyết tử cung chức năng tuổi dậy thì ở mức độ nghiêm trọng, thì nhóm được chất nào sẽ được chọn dùng như lựa chọn đầu tay?
  - A. Acid tranexamic hay kháng viêm không Steroid
  - B. Thuốc tránh thai phối hợp Estrogen-progestogen
  - C. **Estrogen liên hợp hay ethinyl estradiol**
  - D. Progestogen hoặc progesterone
2. Ở một bé gái tuổi dậy thì bị xuất huyết, yếu tố nào có tính chất định hướng kém nhất và không có giá trị gợi ý chẩn đoán phân biệt hai tình trạng xuất huyết: xuất huyết cơ năng tuổi dậy thì với xuất huyết do nguyên nhân thực thể?
  - A. **Khảo sát định lượng nội tiết cho thấy nồng độ LH cơ bản thấp hay rất thấp**
  - B. Xuất hiện kéo dài quá 2 năm kể từ thời điểm thấy hành kinh lần đầu
  - C. Bệnh sử chủ yếu là kinh kéo dài, nhưng vẫn giữ nguyên tính chu kỳ
  - D. Khảo sát huyết đồ cho thấy bất thường của nhiều dòng tế bào máu

Khon nghĩ: Có ít giá trị để chẩn đoán phân biệt, nghĩa là nó là yếu tố chung của 2 chẩn đoán này. Rõ ràng nếu là cơ năng thì LH cũng thấp, mà bệnh thực thể gây tổn thương tuyến yên hoặc ảnh hưởng lên trục hạ đồi cũng có thể làm giảm tiết LH. Vậy giờ LH thấp thì sao phân biệt đây? Đã là phân biệt thì 1 bên có, 1 bên không, hoặc ít nhất cả 2 đều có nhưng tính chất mỗi bên khác nhau. Giờ đưa đặc điểm giống nhau ra kêu phân biệt sao phân biệt được => không dùng LH thấp để phân biệt được.

Anh Huy: Ngay từ những lần vào viện đầu tiên vì XHTCBT, không cần phải đợi đến 2-3 năm sau, đừng vội vàng nói là XHTC cơ năng vì có nhiều bệnh lý phía sau mà mình dễ bỏ sót:

- Rối loạn đông máu: giảm tiểu cầu, Hemophilia
- Có thai
- Viêm nhiễm đường sinh dục
- Thuốc tránh thai khẩn cấp

Vì vậy cần phải đánh giá tổng quan, hỏi bệnh sử thật kĩ, chứ đừng thấy tuổi dậy thì vào mà nói nó bị XHTC cơ năng “XHTC chức năng là chẩn đoán loại trừ” – Cô Lan

Thầy Luân: Dù rằng có rất nhiều phương tiện để giúp chẩn đoán, nhưng phương tiện hàng đầu là bệnh sử: đặc tính hành kinh, chu kỳ, những vấn đề gia đình,... Chảy máu tuổi dậy thì bao gồm XHTC cơ năng tuổi dậy thì và XHTC có nguyên nhân sinh dục và ngoài sinh dục tuổi dậy thì. Một người đến với mình 2-3 năm nay không có chuyện gì, tự nhiên lần này có chuyện đến với mình, đừng bao giờ nghĩ đó là cơ năng. Một đứa bé tuổi dậy thì đã quan hệ tình dục rồi thì đừng xem XHTC cơ năng là cái đầu tiên mà hãy xem nó là xuất huyết ở độ tuổi hoạt động sinh dục!

3. Khi điều trị xuất huyết tử cung cơ năng tuổi dậy thì, phải đảm bảo đạt được mục tiêu nào?
  - A. Tái lập ra huyết kinh đều đặn có tính chu kỳ
  - B. Tái lập hiện tượng phóng noãn bình thường
  - C. **Phân tiết hóa nội mạc tử cung bằng Steroid**
  - D. Phải đảm bảo đạt được cả ba mục tiêu trên

“Một đứa bé bị XH thì khi nào cần điều trị? Điều trị như thế nào? Cần tránh gì?”

Nếu chảy máu không trầm trọng, không gây quá nhiều khó chịu thì không cần điều trị vì hệ trục còn rất non nớt, dễ bị tổn thương => hãy để cho nó từ từ ổn định

XH nhẹ và TB (không ảnh hưởng đến huyết động nhưng ảnh hưởng đến sinh hoạt) thì nền tảng là progesterone. Vì nó không rụng trứng nên thiếu Progesterone nên mình bổ sung progesterone

XH nặng thì cần cầm máu, thì lúc này cần dùng Estrogen để nội mạc tử cung tăng sinh và cầm máu. Thứ 2, muốn bổ sung progesterone thì phải có estrogen đi trước vì nếu không có estrogen thì progesterone không có ý nghĩa

Thuốc Progestogen cần dùng phải:

- Không ức chế hạ đồi quá mạnh. (progesterone về sinh lý bình thường là đã có vai trò ức chế ngược lên hạ đồi – yên để giảm LH ở cuối chu kỳ kinh rồi)
- Có hoạt tính kháng Estrogen mạnh.

Thầy Luân: Kháng estrogen này không phải là kháng theo nghĩa đối kháng. Mà là đang nói đến tác dụng hiệp đồng của Estrogen và Progesterone theo sinh lý. Progesterone làm thay đổi các cấu trúc đã được chuẩn bị từ trước đó của Estrogen, nó là Hormone kế thừa Estrogen ở nội mạc tử cung. Kháng được hiểu là như vậy. Dùng sinh lý bịa là nó tranh thụ thể, nó không tranh thụ thể với Estrogen.

**“Tại sao cái nền là đã có nhiều Estrogen rồi, tại sao điều trị XH nặng lại phải thêm Estrogen nữa?”**

Diễn giải ý thầy Luân: Ở TH chảy máu nhẹ và TB, do không có sự phân tiết đầy đủ của nội mạc, dẫn tới sự đổ từng phần của nội mạc => mình mới chỉ cần dùng Progesterone để phân tiết và làm chắc lại lớp nội mạc. Trong chảy máu nặng, có sự sụp đổ quan trọng ở nội mạc, sờ dĩ chảy máu nhiều không dứt được là do không đồng bộ. Nội mạc loang lổ, chỗ dày chỗ mỏng. Chỗ mỏng là chỗ chảy máu, là chỗ nội mạc bị bong tróc, lớp nội mạc mất đi kéo theo tổn thương mạch máu lớn. Nội mạc bị mất là nội mạc đã được chuẩn bị kĩ bởi Estrogen nhưng lại tróc mất, progesterone có tới cũng không phân tiết được cái còn để lại. Kết quả là mình không thể cầm máu được chỉ với progesterone. Trước tiên là phải hàn các mạch máu to lại bằng Estrogen đã. Estrogen làm những tế bào tận đáy của lớp niêm mạc phát triển trở lại thật nhanh và hàn gắn chỗ vỡ của mạch máu. Việc hàn gắn này chỉ ổn định nếu ta phân tiết nó bằng Estrogen.

Ở trường hợp chảy máu nhẹ và trung bình, thêm Estrogen trước vẫn được, nhưng là dư thừa và thậm chí có hại vì Estrogen sẽ ức chế ngược lên gây giảm FSH. Thực tế nhiều người thấy em bé bị XH nhẹ cũng cho COCs vì nó tiện lợi nhưng đó là không cần thiết.

**“Trong thời gian chờ Estrogen tác động thì có phương pháp nào khác cầm máu không?”**

XH ở bé gái thì không thể làm như người lớn: cạo nội mạc tử cung, cắt đốt, sinh thiết... XH không đến mức nặng gây chết và thời gian chờ Estrogen có tác dụng không phải là quá lâu, chỉ một vài ngày thôi. Trong thời gian đó có thể dùng Acid salicylic (Aspirin) để cầm máu nội khoa.

4. Trong trường hợp xảy ra xuất huyết tử cung chức năng tuổi dậy thì mức độ nhẹ hay trung bình, thì kiểu điều trị nội tiết nào sẽ được chọn dùng như lựa chọn đầu tay?

- A. Dùng một số ngày nhất định trong mỗi tháng, dù không có chảy máu
- B. Dùng liên tục, chỉ tôn trọng các khoảng nghỉ 7 ngày không thuốc
- C. Chỉ dùng để cầm máu khi có chảy máu, ngưng dùng khi ngưng chảy máu
- D. Chỉ dùng để cầm máu khi có chảy máu, duy trì một vài tuần rồi ngưng

Anh Huy: Nguyên tắc dùng Progestin là phải đủ lâu (2 tuần). Chu kỳ kinh mỗi người khác nhau. Pha hoàng thể (từ lúc rụng trứng đến lúc hành kinh) là khá giống nhau, dao động xung quanh 14 ngày. Do đó mình sẽ bắt chước sinh lý, dùng Progesterone khoảng 2 tuần rồi ngưng đột ngột, sau đó nó sẽ hành kinh như người bình thường.

5. Khi điều trị xuất huyết tử cung ở người có hội chứng buồng trứng đa nang, phải đảm bảo đạt được mục tiêu nào?

- A. Tái lập được hiện tượng phóng noãn bình thường bằng thuốc
- B. Tránh để nội mạc bị phơi bày kéo dài với estrogen đơn thuần**
- C. Giải quyết được các rối loạn chủ yếu trong cơ chế bệnh sinh
- D. Điều trị phải đảm bảo đồng thời đạt được cả ba mục tiêu trên

Thầy Luân: mục tiêu chính là “ai cần gì trị đó”.

Cơ chế chính xác của hội chứng buồng trứng đa nang là chưa rõ. Do đó không có điều trị nào là đặc hiệu cho HCBTĐN => BN có vấn đề nào thì mình giải quyết vấn đề đó

6. Ở giai đoạn sớm của tiền mãn kinh, rất hiếm khi thấy tình trạng nào (trong các tình trạng dưới đây)?
  - A. Chu kỳ kinh ngắn lại nhiều ngày so với trước, với tính chu kỳ vẫn bảo tồn
  - B. Hiện diện nang noãn có kích thước bằng nang trưởng thành ở ngày đầu chu kỳ
  - C. Có nhiều hơn một nang noãn trưởng thành và phóng noãn trong một chu kỳ
  - D. Không còn quan sát thấy hiện tượng phóng noãn và thành lập hoàng thể**
7. Thay đổi nào là thay đổi thường gặp nhất ở phụ nữ Việt Nam mắc hội chứng buồng trứng đa nang?
  - A. Cường androgen trên lâm sàng
  - B. Phóng noãn thừa/không phóng noãn**
  - C. Béo phì kèm tình trạng kháng insulin
  - D. Ba thay đổi trên cùng xuất hiện đồng thời ở người có hội chứng buồng trứng đa nang
8. Hãy xác định điểm tương đồng trong điều trị xuất huyết tử cung cơ năng ở tuổi dậy thì và điều trị xuất huyết tử cung tuổi tiền mãn kinh?
  - A. Điều nhằm vào mục đích ngắn hạn cho mỗi lần xuất huyết
  - B. Điều nhằm vào loại bỏ nguy cơ dài hạn của thiếu progesterone
  - C. Điều dựa trên nền tảng là liệu pháp dùng progestogen
  - D. Cùng xem thuốc tránh thai là lựa chọn đơn giản và ưu tiên
9. Trong các “chỉ định” liệt kê sau của sinh thiết nội mạc tử cung, “chỉ định” nào là chính xác?
  - A. Sinh thiết nội mạc vì xuất huyết bất thường sau mãn kinh, siêu âm thấy độ dày nội mạc tử cung >5mm
  - B. Sinh thiết nội mạc vì xuất huyết bất thường tiền mãn kinh, siêu âm thấy độ dày nội mạc tử cung >5mm
  - C. Sinh thiết nội mạc vì xuất huyết bất thường tuổi sinh sản, siêu âm theo dõi thấy không có phóng noãn
  - D. Trong cả ba trường hợp trên, chỉ định sinh thiết nội mạc cùng là các chỉ định chính xác
10. Đây là cách quản lý thích hợp cho tăng sinh phức tạp không điển hình của nội mạc tử cung?
  - A. Cắt hay đốt phá hủy nội mạc tử cung
  - B. Selective progesterone receptor modulator
  - C. Dydrogesterone hay progesterone tự nhiên
  - D. Dẫn xuất từ 19-nor-testosterone hay MPA

## APPLICATION

### TÌNH HUỐNG 1: DẬY THÌ?

Bé D. 8 tuổi, được mẹ đưa đến bệnh viện khám vì có kinh.

Từ nhỏ đến giờ, bé không có bất thường gì về tăng trưởng và tâm thần vận động. Biểu đồ tăng trưởng của bé bình thường. Vài tháng nay, tự dưng vú phát triển nhanh. Vài hôm nay, đột nhiên bé có chảy máu âm đạo.

Bé được khám và được cho định lượng nội tiết. Khám ghi nhận chỉ có vú phát triển, không thấy hệ lông phát triển tương thích với vú.

Định lượng nội tiết ghi nhận cả FSH và LH đều rất thấp, xấp xỉ = 0. Estradiol rất cao. Progesterone = 0.

Siêu âm thấy tử cung có dAP = 30 mm. Nội mạc tử cung 12 mm.

Cạnh phải tử cung là một khối d = 5 cm, có nhiều thùy.

Buồng trứng trái nhỏ, có cấu trúc bình thường của một trẻ 8 tuổi.

Bạn sẽ làm gì cho bé D.?

- A. ☐ Theo dõi đơn thuần dậy thì sớm
- B. ☒ Tìm nguyên nhân làm các nang noãn bị kích thích
- C. ☐ Dùng GnRH agonist ngăn dậy thì
- D. ☐ Dùng progestin điều trị chảy máu
- E. ☐ Phẫu thuật bóc u buồng trứng
- F. ☐ Phẫu thuật cắt một buồng trứng

#### **Bàn luận: Chọn B,E**

Dậy thì sớm: dưới 9 tuổi.

Chảy máu âm đạo không phải là dậy thì. Đứa này ngoài vú thì những cơ quan khác không thấy có sự phát triển tương quan (lông mu...), nếu là dậy thì thì FSH phải khác chứ sao lại là 0? => đứa này chưa chắc là dậy thì. Ra máu này là bất thường.

Ở đây có một sự không tương quan giữa FSH và Estradiol. Nếu Estradiol là do trục hạ đồi yên điều khiển thì khi Estradiol rất cao sẽ ức chế ngược lại làm giảm FSH, nhưng không đến mức bằng 0 như vậy. Hơn nữa nếu bé này là dậy thì, thì các xung GnRH đã làm FSH tăng rồi sau đó mới làm Estradiol tăng. Như vậy bé này là chưa dậy thì và Estradiol này là được kích thích tiết không phải do FSH (khả năng cao là do khối cạnh tử cung kia).

Biện pháp hợp lý nhất là phẫu thuật bóc phần u của buồng trứng kia đem đi sinh thiết coi u này là lành hay ác (vì có một loại u buồng trứng làm tăng Estrogen rất nhiều và loại u này có liên quan đến u ác tính). Đối với u buồng trứng thì không có chuyện chọc hút bằng kim nhỏ hay FNA.

Không phẫu thuật cắt buồng trứng vì bé mới 8 tuổi thôi. Sau này sẽ ảnh hưởng rất nhiều đến khả năng sinh sản của nó

Không dùng Progestin vì:

1. Chảy máu này là không nặng ảnh hưởng tính mạng, cũng không ảnh hưởng đến cuộc sống (đề không nói)

2. Chảy máu này chỉ là ngọn. Cái gốc là Estradiol tăng quá cao mình còn chưa giải quyết được

**SV thắc mắc: “Tại sao Estradiol tăng vậy mà hệ thống lông không mọc?”**



Nhấn mạnh một điều là nồng độ Estradiol ở đây là rất cao, chứ không phải ở nồng độ vừa phải và tăng dần từ từ như ở tuổi dậy thì. Do đó nó sẽ kích thích cơ quan nhạy với Estradiol nhất: vú!

#### TÌNH HUỐNG 2: NGOẠI CỒ

Bà C. 36 tuổi, hiếm muộn 12 năm, đến khám vì ra huyết âm đạo kéo dài. Tiền căn gia đình không ghi nhận bất thường. Bà C. có kinh năm 13 tuổi, chu kỳ không đều, đôi khi 2-3 tháng có kinh một lần.

Khám ghi nhận cao 150 cm, nặng 65 kg. Test định tính hCG nước tiểu âm tính.

Khám ghi nhận huyết áp 140/85 mmHg. Mỏ vạt thấy có ít máu từ lòng tử cung. Siêu âm thấy nội mạc tử cung có phản âm dày sáng, bề dày nội mạc 21 mm. 2 buồng trứng có hình ảnh nhiều nang nhỏ, hình chuỗi ở ngoại vi.

Bà C. đã được nạo sinh thiết nội mạc tử cung với kết quả giải phẫu bệnh: tăng sinh tuyến nội mạc tử cung đơn giản, không điển hình.

Hãy chọn những phát biểu thích hợp, giải thích.

Bạn sẽ lên kế hoạch ra sao cho bà C.?

Chọn một giải pháp trước mắt và một giải pháp lâu dài mà bạn cho là hợp lý

- A. ☐ Progestin một lần duy nhất để cầm máu và tạo kinh bình thường
- B. ☒ Progestin trong một thời gian đủ để giải quyết tăng sinh nội mạc tử cung
- C. ☐ Progestin dài hạn và không xét đến đến điều trị hiếm muộn nữa
- D. ☐ Giảm cân
- E. ☐ Metformin
- F. ☐ Gây phóng noãn

#### **Bàn luận: Chọn B + D hoặc B + E**

Tăng sinh tuyến nội mạc đơn giản, không điển hình sẽ tiến triển thành ung thư ở 8%. Cô này sẽ nhiều hơn con số 8 đó.

Tiêu chuẩn chẩn đoán Hội chứng buồng trứng đa nang theo **Rotterdam** 2003: (PCOS)

1. *Tiêu chuẩn 1*: kinh thưa hoặc vô kinh, chu kỳ kinh > 35 ngày, vô kinh > 6 tháng.
2. *Tiêu chuẩn 2*: cường androgen
3. *Tiêu chuẩn 3*: buồng trứng đa nang trên siêu âm

Khi có xuất hiện 2/3 tiêu chuẩn trên thì được chẩn đoán là HCBTĐN.

BN này có hội chứng buồng trứng đa nang. Nghĩa là lâu lâu mới phóng noãn một lần, lâu lâu mới có progesterone một lần, nội mạc tử cung thường xuyên tiếp xúc với Estrogen => gây tăng sinh nội mạc tử cung và XHTCBT, gây ra hiếm muộn do rối loạn phóng noãn.

Trước mắt phải điều trị tăng sinh nội mạc cái đã, nếu không nó sẽ thành ung thư mất. Progestin 1 lần là không đủ, nội mạc vẫn tiếp tục phơi nhiễm với Estrogen. Cần dùng Progestin đủ, liên tục, kéo dài khoảng 3 tháng – 6 tháng. Ở thời điểm 3 tháng phải sinh thiết nội mạc tử cung lại để xem hiệu quả điều trị.

BN này bị tăng sinh nội mạc tử cung, hiếm muộn, khả năng rất cao bệnh lý tim mạch, đái tháo đường. Lúc này ta cần y học chứng cứ để phân vân giữa F và D+E (là bộ đôi đi chung để điều trị ĐTĐ). Giảm cân, Metformin có chứng cứ là có hiệu quả trong việc đưa người phụ nữ trở về chu kỳ kinh nguyệt bình thường (nghĩa là đã có phóng noãn rồi đó). Metformin gần đây cho thấy khá hiệu quả: trở lại chu kỳ kinh bình thường, giảm testosterone, LH, tăng nhạy với Insulin. Nhưng hiệu quả này không phải ở tất cả BN bị PCOS, mà chỉ hiệu quả ở nhóm nhỏ BN có nồng độ androgen cao, quá cân.

Không phải đơn giản là cứ gây phóng noãn là người ta có thai đâu. Có nhiều phương tiện để gây phóng noãn: Metformin,... Nhiều người vẫn phóng noãn đều đặn nhưng cũng bị hiếm muộn đó thôi. Phải chuẩn bị nội mạc tử cung đúng nữa.

**SV thắc mắc: “Tại sao không cung cấp FSH để tất cả các nang hoạt động phóng noãn 1 lần?”**

Người ta vẫn dùng FSH để gây phóng noãn. Nhưng Cô này không hề thiếu FSH, mặc dù tỉ lệ LH/FSH tăng, đều là do LH tăng thôi. Không có chuyện thêm FSH mà tất cả các nang phóng noãn 1 lần đâu!

### TÌNH HUỐNG 3: ÔNG PIPELLE

Bà A. 48 tuổi, PARA 2002, 2 lần sanh thường, đến khám vì ra huyết âm đạo lượng ít, nhưng kéo dài đã 9 ngày nay.

Bà A. nói rằng khoảng gần một năm nay chu kỳ kinh của bà cứ ngắn dần, hiện chỉ còn khoảng 23 ngày. Thêm vào đó, thỉnh thoảng ra máu giữa 2 lần hành kinh, kéo dài vài ngày rồi tự hết. Gần đây, lượng máu mỗi lần hành kinh ít đi thấy rõ, chỉ ra kinh 1-2 ngày và có tháng không ra kinh.

Khám không ghi nhận bất thường về sinh hiệu. Cao 155 cm, nặng 48 kg. Khám mở vạt ghi nhận có ít huyết sậm chảy ra từ lòng tử cung.

Siêu âm ghi nhận tử cung có dAP = 45 mm, nội mạc tử cung 18 mm.

Do xuất huyết tử cung bất thường và nội mạc 18 mm nên bà A. được chỉ định sinh thiết với Pipelle. Kết quả giải phẫu bệnh: Nội mạc tử cung với hình ảnh các tuyến nội mạc giai đoạn phát triển, không thấy bất thường trong cấu trúc mô học và tế bào. Hai tuần sau khi nạo sinh thiết, bà A. trở lại tái khám. Bà vẫn có ra từng ít máu. Nội mạc tử cung khảo sát lại là 16 mm.

Hôm nay, bạn cần làm gì thêm cho bà A. sau khi đã siêu âm xong? Chọn các giải pháp mà bạn cho là hợp lý

- A. Nên cho progestin 10-14 ngày mỗi tháng, vào nửa sau chu kỳ
- B. Nên đặt dụng cụ tử cung phóng thích levonorgestrel (IUS-LNG)
- C. Nên nội soi buồng tử cung trước khi ra quyết định điều trị
- D. Nên siêu âm bơm nước buồng tử cung trước khi ra quyết định điều trị
- ~~E. Nên thực hiện nong và nạo sinh thiết trước khi ra quyết định điều trị~~
- F. Nên thực hiện soi buồng tử cung cắt đốt phá hủy nội mạc tử cung

#### **Bàn luận:**

Sinh thiết bằng Pipelle và Nong & nạo là tương đương. Khi đã làm Pipelle rồi thì không có lí do gì phải nong & nạo nữa cả => loại E. Cả 2 đều có thể bỏ sót tổn thương khu trú một góc trong tử cung (một cái là chỉ là một ống nhỏ, một cái là nạo mù).

Chuyện kì kinh ngắn dần là sinh lý bình thường, nhưng thỉnh thoảng ra máu giữa 2 lần hành kinh là bất thường => phải nghĩ đến bệnh lý ác tính ở BN nữ ở tuổi này, cũng có thể là polyp

Siêu âm bơm nước cũng được, nội soi cũng được. Tuy nhiên, nội soi buồng tử cung sinh thiết yêu cầu phải có kỹ thuật viên được đào tạo, trang bị phòng mổ, một khi đã quyết định siêu âm bơm nước thì tổn nhân lực và vật lực. Tất nhiên ở BV điều trị 1 BN thì có thể chọn PP này, nhưng BV điều trị 150BN/ngày thì có thể không dùng PP này vì sự hao tổn của nó và cân nhắc xem BN nào xứng đáng để làm thủ thuật này hơn, chứ không phải 150 BN đó đều phải đi nội soi buồng tử cung. Siêu âm bơm nước thì đơn giản hơn nhiều so với nội soi sinh thiết, giúp ích làm rõ hơn những sang thương khu trú, tuy nhiên cũng mất thời gian hơn siêu âm xám bình thường.

Pipelle và D&C cũng có vai trò khá lớn trong việc chẩn đoán và loại trừ ác tính. Lấy được mẫu thích hợp thì khá là ok vì >90% tổn thương là lan tỏa

Có thể dùng 1 lần Progestin để cho nó bong lớp NMTC ra, sau đó siêu âm lại xem NMTC đã mỏng đi chưa, có bị chảy máu lập lại không. Khi đó mình siêu âm bơm nước lại vẫn còn chưa muộn, nếu là ác tính thì



cũng không phải là quá muộn. Ngay cả trường hợp tăng sinh phức tạp, không điển hình cũng vẫn có thể dùng Progestin để điều trị, chứ không phải luôn luôn là cắt tử cung.

Tình huống này chỉ gợi ra những hướng suy nghĩ có thể có, và tùy trường hợp, tùy hoàn cảnh (mong muốn BN, điều kiện BV...) mà mình sẽ quyết định chọn cái nào để điều trị. Đừng quá cứng nhắc là phải chọn A hay B,C,D,E,F!