

READINESS ASSURANCE TEST

1. Lý do/than phiền nào là **phổ biến nhất** khiến cho một người có u xơ tử cung đến gặp bác sĩ phụ khoa?
 - ☒ a. Sự lo lắng vì có một “khối u”
 - b. Xuất huyết tử cung bất thường *vấn đề chủ thường gặp nhất, 2/3 u xơ ko có triệu chứng*
 - c. Hiếm muộn hay kết cục sinh sản xấu
 - d. Thống kinh hay đau vùng chậu mạn tính
2. Bệnh nhân có adenomyosis thường đến khám vì than phiền chủ nào?
 - a. Xuất huyết tử cung bất thường
 - b. Hiếm muộn hay kết cục sinh sản xấu
 - c. Thống kinh hay đau vùng chậu mạn tính
 - ☒ d. Đơn lẽ hay kết hợp nhiều vấn đề được kể trên
3. So sánh bệnh sinh của AUB-L và AUB-A, chúng có điểm nào giống nhau?
 - a. Cùng liên quan đến cường estrogen tại chỗ
 - b. Cùng liên quan đến đề kháng progesterone
 - ☒ c. Cùng chỉ xảy ra khi có vị trí dưới niêm mạc
 - ☒ d. Bệnh sinh của chúng không có điểm nào chung
4. Xuất huyết tử cung bất thường do u xơ – cơ tử cung (AUB – L) loại FIGO 0/1/2 có đặc điểm nào dễ nhận diện?
 - a. Thường là xuất huyết điểm ngoài những lần hành kinh
 - b. Thường là xuất huyết kéo dài ngoài những lần hành kinh
 - ☒ c. Thường là hành kinh lượng nhiều và hành kinh kéo dài
 - d. Thường là hành kinh lượng nhiều nhưng hiếm khi kéo dài
5. Khi cần phải phân biệt giữa u xơ – cơ tử cung với adenomyosis, khảo sát nào là hữu ích cho mục đích này?
 - a. Siêu âm Doppler
 - b. Siêu âm đàn hồi
 - c. Cộng hưởng từ
 - ☒ d. Tủy thành phần
6. Nói chung, người ta nhắm đến mục tiêu nào khi chỉ định điều trị (không kể nội/ngoại khoa) một u xơ-cơ tử cung?
 - ☒ a. Giải quyết than phiền chủ có liên quan
 - b. Loại bỏ khối u/giảm kích thước khối u
 - c. Khảo sát giải phẫu bệnh của bệnh phẩm
 - d. Đồng thời nhắm vào cả ba mục tiêu trên
7. Trong các trường hợp liệt kê sau, trường hợp nào có chỉ định tuyệt đối của can thiệp bằng *nội* khoa?
 - a. U xơ tử cung với biến dạng buồng tử cung gây kết cục sinh sản xấu
 - b. AUB-A do adenomyosis lan tỏa kèm tăng sinh nội mạc tử cung
 - ☒ c. Adenomyosis kèm endometriosis thâm nhiễm sâu ở niệu quản
 - d. AUB-L do u xơ tử cung có vị trí dưới niêm mạc (FIGO 0/1)

8. Trong các trường hợp liệt kê sau, trường hợp nào có chỉ định tuyệt đối của can thiệp bằng ngoại khoa?
- a. Đau bụng vùng chậu mạn do endometriosis/adenomyosis
 - b. AUB-L do u xơ tử cung có vị trí dưới niêm mạc (FIGO 2)
 - c. AUB-A do adenomyosis lan tỏa kèm nội mạc tử cung dày
 - ☒ d. Ngoại khoa đóng vai trò thứ yếu cho các chỉ định kể trên
9. So sánh điều trị các vấn đề liên quan đến u xơ-cơ tử cung/adenomyosis bằng hai nhóm chất tương tự GnRH (GnRH analogue) khác nhau là điều trị với GnRH đối vận (GnRH antagonist) và điều trị với GnRH đồng vận (GnRH agonist), chúng có điểm nào giống nhau?
- a. Các điều trị bằng chất tương tự GnRH cùng cho phép duy trì được nồng độ E_2 ở mức tối thiểu cần thiết
 - ☒ b. Các điều trị bằng chất tương tự GnRH cùng nhằm mục đích phong tỏa hoạt động chế tiết gonadotropin
 - c. Tuyến yên vẫn còn bị ức chế một thời gian dài sau khi kết thúc điều trị bằng các chất tương tự GnRH
 - d. Các điều trị bằng các chất tương tự GnRH cùng giống nhau ở tất cả các vấn đề đã được kể trên
10. Trong các phương thức điều trị adenomyosis sau, phương thức nào thích hợp cho các bệnh nhân có adenomyosis đồng thời có cả hai vấn đề chủ là đau và hiếm muộn?
- a. Phẫu thuật
 - b. Dienogest
 - ☒ c. GnRH đồng vận
 - d. LNG-IUS

1. Lý do/than phiền nào là phổ biến nhất khiến cho một người có u xơ tử cung đến gặp bác sĩ phụ khoa?
 - a. **Sự lo lắng vì có một “khối u”**
 - b. Xuất huyết tử cung bất thường
 - c. Hiếm muộn hay kết cục sinh sản xấu
 - d. Thống kinh hay đau vùng chậu mạn tính
2. Bệnh nhân có adenomyosis thường đến khám vì than phiền chủ nào?
 - a. Xuất huyết tử cung bất thường
 - b. Hiếm muộn hay kết cục sinh sản xấu
 - c. Thống kinh hay đau vùng chậu mạn tính
 - d. **Đơn lẻ hay kết hợp nhiều vấn đề được kể trên**
3. So sánh bệnh sinh của AUB-L và AUB-A, chúng có điểm nào giống nhau?
 - a. Cùng liên quan đến cường estrogen tại chỗ
 - b. Cùng liên quan đến đề kháng progesterone
 - c. Cùng chỉ xảy ra khi có vị trí dưới niêm mạc
 - d. **Bệnh sinh của chúng không có điểm nào chung**
4. Xuất huyết tử cung bất thường do u xơ – cơ tử cung (AUB – L) loại FIGO 0/1/2 có đặc điểm nào để nhận diện?
 - a. Thường là xuất huyết điểm ngoài những lần hành kinh
 - b. Thường là xuất huyết kéo dài ngoài những lần hành kinh
 - c. **Thường là hành kinh lượng nhiều và hành kinh kéo dài**
 - d. Thường là hành kinh lượng nhiều nhưng hiếm khi kéo dài
5. Khi cần phải phân biệt giữa u xơ – cơ tử cung với adenomyosis, khảo sát nào là hữu ích cho mục đích này?
 - a. Siêu âm Doppler
 - b. Siêu âm đàn hồi
 - c. Cộng hưởng từ
 - d. **Tùy thành phần**

Bàn luận:

Cái quan trọng nhất mình cần phân biệt khi thấy khối u tử cung là lành hay ác. Việc phân biệt giữa 2 thể lành với nhau cũng không có ý nghĩa lắm. Tuy nhiên 2 thứ này là 2 thứ bệnh khác nhau gây ra những vấn đề chủ không giống nhau, do đó đòi hỏi việc quản lý khác nhau. => việc phân biệt nó là bắt buộc. Đương nhiên nếu nó không có vấn đề chủ gì cả thì không cần phân biệt.

U ác tính ở tử cung là bệnh rất hiếm, thường sẽ có triệu chứng lâm sàng đi trước. MRI sẽ giúp phân biệt lành ác.

“Trong trường hợp nào MRI là ưu việt nhất so với các phương tiện còn lại?”

“Có cần phải dùng tới nhiều thứ như vậy để phân biệt 2 bệnh này không?”

Thực hiện theo trình tự, nếu không phân biệt được thì xem xét nhóm kế:

- 1st: siêu âm Grey-scale
- 2nd: Doppler
- 3rd: MRI

Trong u xơ cơ tử cung, đám nguyên bào sợi tăng sinh tạo thành 1 khối, đẩy dạt những cấu trúc bình thường ra xung quanh và tạo thành 1 bao giả chứa mạch máu xung quanh khối xơ đó. Mạch máu đó là mạch máu vốn dĩ trong cơ tử cung bị dạt ra xung quanh. => siêu âm Doppler thấy mạch máu xung quanh khối u.

Adenomyosis gồm mô tuyến lạc vị kèm tăng sản và tăng dưỡng sợi cơ, thành phần nào là chủ yếu còn tùy thuộc mỗi người. Nếu tăng sản tăng trưởng sợi cơ là chủ yếu, hình ảnh là 1 cục đen thui trên MRI, thấy rất rõ hệ mạch máu trên Doppler. Nếu thành phần tuyến là chủ yếu thì trên MRI sẽ thấy cục rõ cục tăng tín hiệu trên T2.

6. Nói chung, người ta nhắm đến mục tiêu nào khi chỉ định điều trị (không kể nội/ngoại khoa) một u xơ-cơ tử cung?
 - a. Giải quyết than phiền chủ có liên quan
 - b. Loại bỏ khối u/giảm kích thước khối u
 - c. Khảo sát giải phẫu bệnh của bệnh phẩm
 - d. Đồng thời nhắm vào cả ba mục tiêu trên
7. Trong các trường hợp liệt kê sau, trường hợp nào có chỉ định tuyệt đối của can thiệp bằng nội khoa?
 - a. U xơ tử cung với biến dạng buồng tử cung gây kết cục sinh sản xấu
 - b. AUB-A do adenomyosis lan tỏa kèm tăng sinh nội mạc tử cung
 - c. Adenomyosis kèm endometriosis thâm nhiễm sâu ở niệu quản
 - d. AUB-L do u xơ tử cung có vị trí dưới niêm mạc (FIGO 0/1)
8. Trong các trường hợp liệt kê sau, trường hợp nào có chỉ định tuyệt đối của can thiệp bằng ngoại khoa?
 - a. Đau bụng vùng chậu mạn do endometriosis/adenomyosis
 - b. AUB-L do u xơ tử cung có vị trí dưới niêm mạc (FIGO 2)
 - c. AUB-A do adenomyosis lan tỏa kèm nội mạc tử cung dày
 - d. Ngoại khoa đóng vai trò thứ yếu cho các chỉ định kể trên

Bàn luận:

Có 3 phương pháp điều trị: nội khoa, ngoại khoa và thủ thuật không xâm lấn (thuyên tắc động mạch)

“Chỉ định ngoại khoa của u xơ tử cung? Có phải điều trị ngoại khoa luôn là lựa chọn thứ yếu với u xơ tử cung?”

Các trường hợp ngoại khoa là điều trị ưu tiên: u xơ tử cung to gây chèn ép niệu quản. Điều trị nội khoa có làm giảm kích thích khối u nhưng sẽ tái phát sau ngưng thuốc. Cần có thời gian, sẽ tái phát, cần điều trị phối hợp là 3 yếu tố làm cho điều trị nội khoa không được chọn là ưu tiên cho trường hợp chèn ép niệu quản cần giải quyết cấp tính này. => chọn ngoại khoa: bóc u. Dù bóc u cũng có tái phát nhưng trước mắt phải cứu thận trước, tái phát sẽ tái phát chỗ khác, không phải lúc nào cũng tái phát chỗ cũ.

GnRHa có điểm mạnh vô cùng là làm giảm kích thước khối u, mạnh nhất trong các phương pháp điều trị nội khoa. Nhưng khi ngưng lại thì sẽ tái phát lại y như cũ. GnRHa chỉ là một điều trị nội khoa tạm thời để điều trị một triệu chứng khác.

“Trong FIGO 0/1, điều trị ngoại khoa là chính yếu hay thứ yếu?”

Điều trị u xơ cơ tử cung là điều trị theo vấn đề chủ, nếu có vấn đề chủ nào thì giải quyết vấn đề đó. FIGO 0 thường gây chảy máu, FIGO 1 thường gây sảy thai.

Nếu có triệu chứng thì mình điều trị triệu chứng, điều trị vấn đề chủ cho BN. Nếu triệu chứng đến ở tuổi trẻ và còn muốn sinh sản thì nên chọn ngoại khoa, nếu tuổi còn trẻ và không muốn sinh nữa thì chỉ cần điều trị triệu chứng. Nếu triệu chứng xuất hiện gần mãn kinh thì có thể chờ mãn kinh vì khi mãn kinh khối u sẽ tự giảm.

Nếu không triệu chứng, BN muốn có thai tiếp thì mổ. Không triệu chứng, không muốn có thai thì không điều trị gì luôn.

Chỉ có một ngoại lệ duy nhất là không triệu chứng nhưng mình vẫn điều trị ngay là khi mình soi buồng tử cung vì vấn đề khác mà vô tình phát hiện FIGO 0/1 thì cắt luôn để sau đó không cần phải soi tử cung nữa.

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

- Các điều trị bằng chất tương tự GnRH cùng cho phép duy trì được nồng độ E_2 ở mức tối thiểu cần thiết
- Các điều trị bằng chất tương tự GnRH cùng nhằm mục đích phong tỏa hoạt động chế tiết gonadotropin
- Tuyến yên vẫn còn bị ức chế một thời gian dài sau khi kết thúc điều trị bằng các chất tương tự GnRH
- Các điều trị bằng các chất tương tự GnRH cùng giống nhau ở tất cả các vấn đề đã được kể trên

10. Trong các phương thức điều trị adenomyosis sau, phương thức nào thích hợp cho các bệnh nhân có adenomyosis đồng thời có cả hai vấn đề chủ là đau và hiếm muộn?

- Phẫu thuật
- Dienogest
- GnRH đồng vận**
- LNG-IUS

Bàn luận:

GnRH đối vận liều chích hằng ngày rất mắc tiền. Mỗi ngày 800K, 1 tháng 24 triệu

GnRH đồng vận rẻ hơn, khoảng 2 triệu/tháng.

Trong tương lai sẽ có đối vận đường uống, sẽ rẻ hơn nhiều.

Đối vận có ưu thế: khi ngừng đối vận thì mọi chuyện sẽ trở về như cũ.

Nếu như sau khi điều trị bằng đồng vận thì phải chờ sau 3 tháng để các thụ thể tái hồi phục lại để sản xuất ra FSH.

“Khi điều trị với GnRH đồng vận thì sẽ thiếu Estrogen nội sinh kéo dài, đối mặt vấn đề loãng xương, tim mạch thế nào? Tại sao lúc đó thiếu Estrogen mà khi điều trị lại dùng Progestin?”

Nếu sử dụng < 6 tháng thì vấn đề loãng xương chưa kịp xảy ra, do đó không đặt vấn đề điều trị bổ trợ. Khi điều trị từ tháng thứ 7 trở đi thì vấn đề loãng xương phải được đặt ra.

Khi xài GnRH kéo dài thì đã down buồng trứng, lúc này buồng trứng không hoạt động, cho nên không có Estrogen nội sinh.

Đọc lại cấu trúc phân tử và chuyển hóa của các hormone sinh dục: Estrogen, Progesterone, Testosterone... ?

Trong 100 ung thư cổ tử cung, chỉ có 10 ung thư có triệu chứng. Trong 10 ung thư có triệu chứng chỉ có 1 ung thư cần điều trị ngoại khoa.

Adenomyosis là bệnh lành tính nhưng gây rất nhiều khó chịu cho BN, gây ra những vấn đề chủ. Nếu đến vì thống kinh và hiếm muộn, nhiều khi phải nói: “bà muốn có con thì phải chịu đau, còn chịu đau không nổi thì không có con”

APPLICATION

TÌNH HUỐNG 1: XUẤT HUYẾT TỬ CUNG BẤT THƯỜNG VÀ U XƠ TỬ CUNG

Một phụ nữ 48 tuổi, PARA 2002, con nhỏ 15 tuổi, hiện đang tránh thai bằng bao cao su, đến khám vì xuất huyết tử cung bất thường. Từ nhiều tháng nay, bà thường thấy vòng kinh bị ngắn đi, kèm theo ra kinh dây dưa kéo dài đến 10 ngày. Khám摸 vết thấy cổ tử cung trơn láng, có huyết đỏ sậm chảy ra từ lỗ cổ tử cung. Tử cung to bằng tử cung mang thai 12 tuần, mật độ chắc, di động bình thường. 2 phần phụ không sờ thấy. Túi cùng trống.

Siêu âm thấy tử cung dAP = 65mm, có một nhân xơ trong cơ thành sau, d=50mmx55mmx50mm, giới hạn rõ. Nội mạc tử cung mỏng, 3mm. 2 phần phụ không bất thường trên siêu âm.

Bạn làm gì cho bà ta? Hãy chọn 2 câu đúng

- A. ☐ Có chỉ định phẫu thuật cắt tử cung
- B. ☐ Có chỉ định phẫu thuật bóc nhân xơ
- C. ☐ Có chỉ định thuyên tắc động mạch tử cung
- D. ☐ Có chỉ định của Gonadotropin Releasing Hormone agonist
- E. ☒ Có chỉ định của dụng cụ tử cung phóng thích Progestogen
- F. ☒ Có chỉ định của Progestogen đường uống

Bàn luận:

Học phân loại AUB!

AUB-O là cơ năng, AUB-L là do u xơ cơ tử cung

Đây là FIGO IV.

Ở đây tình trạng xuất huyết bất thường này có thể do 2 nguyên nhân: XH cơ năng tiền mãn kinh hoặc do AUB-L. **Nếu là XH tiền mãn kinh thì điều trị nền à progesterone**, còn nếu **AUB-L thì không dùng progesterone được**.

Về nguyên tắc thì phải loại trừ nguyên nhân thực thể trước khi kết luận là cơ năng. Nhưng hầu như không có yếu tố nào giúp khẳng định hay loại trừ đây là AUB-L, ngoại trừ siêu âm có hình ảnh khá gợi ý u xơ cơ tử cung, như lại là FIGO IV là loại ít gây chảy máu.

“Ở phụ nữ quanh mãn kinh, bề dày niêm mạc tử cung dưới 4mm là có thể loại trừ các nguyên nhân thực thể” – TBL

Ở đây rõ ràng là có rối loạn phóng noãn rồi, giờ lại có kèm theo cái u xơ tử cung nhưng lại là FIGO IV. Việc XH tử cung bất thường là hoàn toàn có thể giải thích được là do rối loạn phóng noãn, nhưng không thể giải thích với khối u xơ cơ này.

(Rối loạn chu kỳ ở phụ nữ tiền mãn kinh: tỉ lệ là 2:3. Nghĩa là cứ sau 3 chu kỳ bất thường thì sẽ trở về 1 chu kỳ bình thường. Khi các chu kỳ càng chồng lấn lên nữa thì tỉ lệ là 4:5. Nghĩa là sau 5 chu kỳ bất thường sẽ trở lại 1 chu kỳ bình thường)

Xuất huyết giai đoạn tiền mãn kinh xảy ra qua 3 giai đoạn:

- Giai đoạn 1: có sự chồng lấn các chu kỳ. do có sự hiện diện của các nang trội ở thời điểm ly giải hoàng thể. Estrogen của nang mới làm ngăn sự sụp đổ của nội mạc cũ, làm nội mạc chảy máu ít hoặc không chảy máu.

- Giai đoạn 2: sau vài ba chu kỳ, khi chu kỳ sau tiếp tục lần lên chu kỳ trước, đến mức chu kỳ sau trùng hoàn toàn lên chu kỳ trước. lúc này sẽ có chu kỳ bình thường xen kẽ với chu kỳ bất thường.

- Giai đoạn 3: sau đó đỉnh LH mất đi, sẽ có 1 chu kỳ rất dài, không có sự phóng noãn nhưng Estrogen luôn thường trực. Cuối cùng là sự mất hẫ

Cô này mang đặc điểm của giai đoạn 1.

Nếu cô này không có u xơ tử cung thì ngay lập tức mình nói đây là XH cơ năng tiền mãn kinh. Giờ siêu âm lại phát hiện có u xơ, chúng ta lập tức bị lúng túng. Bây giờ phải chứng minh u xơ này có liên quan đến XH bằng thống kê, vị trí. Trường hợp này không thể chứng minh được bằng vị trí.

U xơ tử cung còn có 1 cơ chế chảy máu khác là tử cung to dần rộng ra, làm tăng diện tích chảy máu, gây ra cường kinh, nhưng không rong kinh. Chỉ rong kinh khi FIGO 1,2.

Chứng cứ chứng minh do thực thể rất yếu ớt, buộc lòng phải nói đây là do cơ năng.

Đây là tình huống thường gặp **nhất** trên lâm sàng, bị chỉ định mổ quá tay.

CÓ MỘT TÌNH HUỐNG GÌ MÀ TỔN THƯƠNG VỚI TRỨNG, KHÔNG THẤY TRONG SÁCH: gì mà đáp án E là ngoại khoa, đáp án F là thụ tinh trong ống nghiệm, rồi 2 bên tử cung có 2 khối, có tổn thương gì đó ở vòi trứng

Trong Adenomyosis:

Estrogen được sản xuất tại chỗ adenomyosis là do Aromatase chuyển từ Androgen mà ra. Nhưng Androgen từ đâu mà có? Chỉ có thể từ quá trình phát triển noãn nang mà thôi. Nếu buồng trứng đã ngưng hoạt động thì Estrogen tại chỗ cũng không được tạo thành.

BN có tổn thương ở vòi trứng gây hiếm muộn là có chỉ định thụ tinh trong ống nghiệm. **Tổn thương vòi trứng ở đoạn eo thì có thể liên quan đến Chlamydia, nhưng ở đoạn kẽ thường liên quan đến Adenomyosis**

Kết quả thai kỳ thường rất xấu nếu chúng ta không chuẩn bị kỹ tử cung khỏi tình trạng Adenomyosis.

NSAIDs vẫn có vai trò trong giảm đau.

Nếu trước đó đã chuẩn bị kỹ bằng GnRH, thì có thể an tâm làm IVF vì tử cung đã được chuẩn bị. Tuy nhiên sau khi buồng trứng và tuyến yên ngủ một thời gian, để tái hoạt động trở lại để giúp cho có thai là cả một vấn đề lớn.

Đặt vấn đề là tại sao không làm IVF để có phôi ttrước, sau đó trữ phôi lại, trị phần nội mạc cho ổn sau đó mới chuyển phôi? => làm vậy sẽ có lợi ích cho kết cục thai kỳ, tránh được việc IVF sẽ làm đánh thức buồng trứng lúc tạo phôi sẽ gây bất lợi cho nội mạc tử cung adenomyosis. => đây là giải pháp đang được ưa chuộng hơn. (Giải pháp đảo chiều). Trong giai đoạn làm IVF nếu BN đau thì sẽ cho NSAID để trấn an, nhưng khi đã tạo được phôi rồi, lúc đó bắt đầu dùng GnRH đồng vận để làm ổn Adenomyosis thì nó đã làm giảm đau rồi, không cần dùng NSAIDs nữa.

TÌNH HUỐNG 3: XUẤT HUYẾT TỬ CUNG BẤT THƯỜNG VÀ U XƠ TỬ CUNG

Một phụ nữ 41 tuổi, to béo, PARA 1001, con nhỏ 15 tuổi. 10 năm nay không có thai tự nhiên dù không tránh thai, đến khám vì xuất huyết tử cung bất thường. Từ nhiều năm nay, bà thường thấy vòng kinh rất dài, 3-6 tháng, kèm theo ra kinh dây dưa kéo dài đến 10 ngày. Khám摸 vạt thấy cổ tử cung trơn láng, có huyết đỏ sậm chảy ra từ lỗ cổ tử cung. Tử cung to bằng tử cung mang thai 12 tuần, mật độ chắc, di động bình thường. 2 phần phụ không sờ thấy. Túi cùng trống.

Siêu âm thấy tử cung dAP = 65mm, có một nhân xơ trong cơ thành sau, d=50mmx55mmx50mm, giới hạn rõ. Nội mạc tử cung dày, 18mm. Trên siêu âm thấy 2 buồng trứng có nhiều nang nhỏ, đang đa

nang. Nạo sinh thiết với kết quả tăng sinh đơn giản điển hình của nội mạc tử cung.

Đây là AUB gì?

A. AUB – O

B. AUB – A

C. AUB – L

Bàn luận:

Rõ ràng có thể thấy là PCOS, cũng có thể là có rối loạn phóng noãn=> có thể là AUB-O

Trên siêu âm gợi ý nhiều là Adenomyosis FIGO IV.

Hầu như chắc chắn là xuất huyết do dày nội mạc (18mm) nhưng **không thể biết** là do phơi nhiễm kéo dài với Estrogen tại chỗ + đề kháng với Progesterone tại chỗ (do Adenomyosis) hay là Estrogen toàn thân mà không có Progesteron đối kháng (do tiền mãn kinh).

Đến đây ta bế tắc!??

Đến đây cách tốt nhất để phân biệt là dùng Progesteron ngoại sinh 1 thời gian để nội mạc tử cung phân tiết, sau đó ngưng. Lúc đó BN sẽ có kinh. Sau đó kích thích buồng trứng thử để tạo ra nang noãn và gây ra rụng trứng. Nếu kỳ kinh đó có trứng rụng, sau đó nội mạc bình thường và có kinh bình thường sau đó => AUB – O

Ngược lại nếu sau chu kỳ có kinh đó mà nội mạc vẫn dày, khả năng cao đó là AUB – A. Vì nó luôn có Estrogen tại chỗ để gây tăng sinh nội mạc tử cung.