

NGUYỄN ĐỨC VƯỢNG Y2014

Tài liệu mang tính tham khảo

Người đọc tự đánh giá nội dung

XUẤT HUYẾT TỬ CUNG BẤT THƯỜNG RAT

Điều trị progestin ở bé gái tuổi dậy thì khác gì điều trị progestin ở phụ nữ có hội chứng buồng trứng đa nang.

Giống nhau

- Rối loạn phóng noãn: Không phải chu kỳ nào cũng có E/P và phóng noãn → Có những chu kỳ không phóng noãn, nội mạc chỉ tiếp xúc với E mà không có P đối kháng

Dậy thì	Buồng trứng đa nang
<ul style="list-style-type: none">- Trục hạ đồi tuyến yên chưa trưởng thành ở chỗ tuyến yên chưa phát đủ xung để tạo đỉnh LH phóng noãn- Hạ đồi tạo xung GnRH kích thích tuyến yên sản xuất FSH làm nang noãn buồng trứng phát triển<ul style="list-style-type: none">+ Giữa chu kỳ xung phải có tần số cao tần số mạnh kích thích tuyến yên tạo LH kích thích nang noãn gây phóng noãn+ Dậy thì thì nhiều khi nó có xung nhưng chưa đủ nhiều, do đó có nang noãn phát triển nhưng không phóng noãn gọi là nang cơ năng buồng trứng hay nang tồn lưu (qua chu kỳ siêu âm sau vẫn thấy nang)	<ul style="list-style-type: none">- Ở người phụ nữ, buồng trứng có nhiều nang noãn nhỏ không phát triển được dù xung GnRH đầy đủ- Do rối loạn cơ chế phản hồi liên quan rối loạn nội tiết đặc thù gây ra nang không lớn không phát triển để phóng noãn được

này)	
<ul style="list-style-type: none"> - Hết tầm 2 năm nên thời gian điều trị tầm 2 năm. - Điều trị tức thời đợi hệ trục nó ổn định, tránh thuốc ảnh hưởng trục hạ đồi quá nhiều. 	<ul style="list-style-type: none"> - Điều trị kéo dài do tình trạng này kéo dài. - Đây là một rối loạn về nội tiết. Có những rối loạn khác trong vòng đời chứ không chỉ là xuất huyết. Vấn đề sẽ khác theo giai đoạn vòng đời như: <ul style="list-style-type: none"> + Pn chưa chồng + Pn có chồng chưa con + Pn có chồng có con - Người ta tới với mình về chuyện gì thì điều trị theo vấn đề đó. Các vấn đề khác có thể là: <ul style="list-style-type: none"> + Xuất huyết do rối loạn phóng noãn + Hiếm muộn + Cường aldosterol Nam hóa + Đề kháng insulin + Nguy cơ bệnh tim mạch - Nếu không có vấn đề gì khác thì có cần quan tâm gì thêm không ? Điều trị có gì khác không ?
	<ul style="list-style-type: none"> - Chẩn đoán bằng siêu âm không mạnh, chỉ có thể gọi là hình ảnh gợi ý chứ không chẩn đoán được. Có tiêu chuẩn riêng PCOS (Syndrome) # PCOM (Morphology)

Câu 6: Vô kinh do không phóng noãn nguyên nhân vùng hạ đồi. (Dựa vào hệ trục hạ đồi tuyến yên buồng trứng và cơ quan sinh dục) → Steroid / Gonadotropin / GnRh

- Phải điều trị cho có kinh do nếu không có kinh estrogen tác động liên tục lên nội mạc tử cung lâu dài làm tăng sinh nội mạc tử cung, lâu dài có thể ung thư.
- Dùng GnRH đồng vận thì đúng sinh lý.
 - + Chú ý đồng vận chứ nội sinh bán hủy ngắn và chỉ trong hệ cửa hạ đồi không có trên thị trường.
 - + Nhưng thực tế khó khăn vì cần bơm, đeo như dây nịt trước bụng, cứ tới giờ thì nó đâm kim dưới da bụng tạo xung. Giá bơm 2000 / tháng.
- Gonadotropin là FSH và LH, FSH phát triển nang, LH phóng noãn. Có phóng noãn có hành kinh.
 - + Nhưng kích thích buồng trứng thì phải tiêm mỗi ngày
 - + Nguyên chu kỳ kích thích buồng trứng trị hiếm muộn thì 15-30 triệu đồng.
 - + Chưa kể tiêm buồng trứng thì nguy cơ quá kích buồng trứng, chướng căng tràn dịch
- Nếu muốn có kinh dùng steroid ngoại sinh
 - + Giá có vài trăm ngàn trong vỉ thuốc ngừa thai
 - + Ít biến chứng rẻ
 - + Uống đơn giản dễ dàng
- Vô kinh hạ đồi
 - + Luyện tập thể thao quá mức
 - + Chán ăn
 - Lâu dài tử cung teo nhỏ không có con được nữa. Khi người ta chưa muốn có con cũng phải duy trì steroid cho tử cung nó bình thường để có con. Chứ không dùng steroid thì sau này có noãn tử cung cũng không có con nổi
- Tóm lại
 - + **Có kinh** thì steroid bong niêm mạc thôi.
 - + **Có con** thì gonadotropin phổ biến hơn cái GnRH. Vẫn phải duy trì steroid duy trì tử cung.
 - + **Không muốn gì cả**, vẫn phải steroid để không mãn kinh quá sớm,

không loãng xương, không cao huyết áp.

→ Steroid forever 😊 Gonado when wanna do babies 😊

Phụ nữ hậu mãn kinh (câu 9 về acid tranexamin): Cập nhật ở người phụ nữ hậu mãn kinh và không dùng điều trị nội tiết thay thế.

- Phụ nữ đã mãn kinh chảy máu phải loại nguyên nhân thực thể, ở đây là tăng sinh và ung thư nội mạc tử cung.
- Nguyên nhân thường là do viêm teo nội mạc tử cung.
- Tử cung ở mãn kinh không còn chịu ảnh hưởng steroid nên xuất huyết không phải do steroid. Cho là dư thừa.
 - + Nội mạc không chuẩn bị bởi estrogen trước, cho progestin vô không được chuẩn bị nên vô tác dụng
 - + Khác với tuổi dậy thì, có estrogen rồi mới cho progestin
- Dùng acid tranexamic thay thế.

Ở phụ nữ hậu mãn kinh, nguy cơ ung thư nội mạc có. Ở phụ nữ mãn kinh có nên hạn chế thức ăn giàu estrogen (đậu hũ ...)

- Cần xem xét nguy cơ trên từng bệnh nhân.
 - + Nguy cơ ung thư ?
 - + Nguy cơ tim mạch ?
- Liệu pháp nội tiết:
 - + Thiếu estrogen có những triệu chứng khó chịu, mệt mỏi, bốc hỏa, loãng xương, bệnh tim mạch.
- Phytoestrogen
 - + Cấu trúc hóa học có nguồn gốc thực vật, nó gắn lên thụ thể estrogen nhưng không chắc nó hoạt tính như estrogen
 - + Nó có hoạt tính như kháng estrogen. Nên ăn bao nhiêu thì nó cũng không ảnh hưởng.

Ở những người phụ nữ mãn kinh, vẫn còn estrogen từ mô mỡ (béo phì).
Vẫn còn estrogen dù không phải dạng mạnh nhất. Gây xuất huyết thì sao ?

- Loại thực thể trước tiên
- Sau đó mới nghĩ di căn quá nhiều estrogen.

Ngày mai vào CDC coi update tháng 7 / 2019 về điều trị HIV.

XUẤT HUYẾT TỬ CUNG BẤT THƯỜNG APP

1. Xuất huyết quanh tuổi mãn kinh

- Chi tiết giá trị nhất trong đề bài là kết quả giải phẫu bệnh:
Nội mạc tử cung giai đoạn phát triển không có bất thường ống tuyến.
Thông tin này cho biết những thông tin
+ Không thấy mô học bất thường → Không có ung thư
+ Nội mạc tử cung đang phát triển
→ Đang chịu tác dụng của estrogen mà không có progesteron nên không phân tuyến được. Nếu có progesterol thì là giai đoạn phân tuyến → Gợi ý đang thiếu Progesterol. Do bệnh nhân không xảy ra hiện tượng phóng noãn vì progesterol là sản phẩm của hoàng thể.
- Nội soi thì chính xác hơn nhưng mắc tiền, cần người có kinh nghiệm. Pipette thì phòng khám, không cần gây tê gì không.
- Sarcoma cần có dấu dẫn đường mới nghĩ như khối echo hỗn hợp trong cơ tử cung.
- Tóm lại người quanh mãn kinh, chu kỳ không đều, chảy máu, đã siêu âm và sinh thiết pipelle.
+ Không phóng noãn nên không có progesterol, nội mạc tử cung dày chứ chưa bị tổng ra → Dùng progestin để tổng mấy cái đó ra ?
+ Pipette thì ngày càng ưu thế hơn nong nạo.

3. Buồng trứng đa nang

- Hai vấn đề chính của bệnh nhân này là
+ Chảy máu (chief)
+ Hiếm muộn
- Đây là tăng sinh không điển hình, ưu tiên hàng đầu là dự phòng ung thư nội mạc tử cung
+ Đánh sập toàn bộ nội mạc hiện tại
+ Duy trì nội mạc bình thường
→ Dùng Progesterol
- Dùng progesterol nào ? Xài cái gì xài phải chứng minh progestin kháng được estrogen. Mỗi progesterol đều có 5 đặc tính

- + Tính kháng hạ đồi: Ngừa thai
- + Tính kháng estrogen
- + Tính progesteric của nó mạnh hay yếu: phân tích nội mạc đảm bảo thai kỳ, giảm co cơ tử cung
- + Tính androgen
- + Tính mineral corticoid giữ nước giữ muối.
- Dùng bao lâu ? Cá thể hóa.
 - + Một người có 2 con thì điều trị dài dài
 - + Còn muốn có con thì không điều trị quá dài được
- Khi điều trị progestin thì có thể tăng liều hoặc đưa option khác vì có thể kh phải lúc nào cũng đáp ứng. Có lúc nó chuyển từ đơn giản không điển hình sang phức tạp không điển hình.
- Bệnh nhân hiếm muộn, gây phóng noãn càng sớm càng tốt. Bởi vì nguy cơ trên nội mạc tử cung vẫn còn.
 - + Giảm cân 10% kg cân nặng có phục hồi phóng noãn tự nhiên. Giảm cân còn giúp cho điều trị gây phóng noãn. Nên bắt đầu đồng thời với progestin chứ không cần đợi nội mạc được về bình thường như gây phóng noãn. Tuy nhiên giảm rất khó do tăng cân trong PCOS là do rối loạn nội tiết là chủ yếu (cường androgen).
 - + **Kháng insulin gây cường androgen, gây ức chế phát triển nang noãn** nên dùng metformin để khắc phục tình trạng này.
 - + Dùng thuốc gây phóng noãn thì cho hiệu quả nhanh, hợp với bệnh nhân nếu bệnh nhân lớn tuổi và giảm cân không hiệu quả. Tuy nhiên Letrozone (Femarta) hiệu quả hơn Clomiphene. Và dù gì thì cũng cần chuẩn bị thời gian cho progestin đưa nội mạc về bình thường.
- Revise guideline 2018 mới chẩn đoán và điều trị PCOS.
- Tóm lại
 - + Progestin
 - + Song hành giảm cân, metformin → Không cần đợi nội mạc về bình thường.
 - + Phóng noãn càng sớm càng tốt → Cần đợi nội mạc về bình thường.
 - + Hiện này, tốt nhất là IVM chọc hút trứng non nuôi trưởng thành bên ngoài, sau đó thụ tinh ngoài rồi đưa vào. VN đang dẫn đầu khu vực và thế giới về kỹ thuật này.

