



## Bài ứng dụng

# Các nguyên lý tiếp cận và quản lý xuất huyết tử cung bất thường

Chương trình đào tạo Bác sĩ Y khoa. Môn học Sản Phụ khoa. Học phần Phụ khoa lý thuyết (110151).

© Quyền sở hữu trí tuệ thuộc về Bộ môn Sản, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

## TÌNH HUỐNG 1: VẬN ĐỘNG VIÊN THỂ DỤC DỤNG CỤ ĐỈNH CAO

Cô A., 18 tuổi, đến khám vì không thấy hành kinh.

Cô đã từng có kinh khi 13 tuổi. Vận động viên thể dục dụng cụ đỉnh cao từ năm 14 tuổi.

Mất kinh hoàn toàn từ ba năm nay.

BMI 17 kg/m<sup>2</sup>. Khám ghi nhận lông mu phát triển bình thường.

Siêu âm: tử cung nhỏ, đường kính trước sau 22 mm, nội mạc tử cung rất mỏng, hai buồng trứng có các nang d 3-4 mm.

Kết quả khảo sát nội tiết: AMH bình thường, cả FSH, LH và estradiol cùng ở mức rất thấp.

### Câu hỏi 1:

1. Căn cứ vào nghề nghiệp, bệnh sử và khám lâm sàng, định hướng chẩn đoán nào là phù hợp?

- Hội chứng buồng trứng đa nang
- Suy buồng trứng sớm do di truyền
- Suy hạ đồi do nguyên nhân cơ năng**
- Microadenoma thùy trước tuyến yên

1 là hạ đồi, 2 là tuyến yên. Nếu là tuyến yên thì nghĩ nhiều u Prolactin làm tăng prolactin, làm FSH và LH thấp. Nên làm prolactin để phân biệt.

(Từng có kinh là dậy thì r)

(Buồng trứng còn nang, AMH bình thường => Buồng trứng bình thường)

(nghề nghiệp: làm việc cường độ cao, ko tăng tiết sữa... => nghĩ hạ đồi)

Điều trị: thảo luận là quan trọng, xem BN chọn nghề nghiệp hay sức khỏe (estro thấp ảnh hưởng xương). Estrogen ngoại sinh cũng là chất dopin (cấm thi đấu thể thao)

### Câu hỏi 2:

2. Để giải quyết vấn đề chủ của cô A., hành động nào là phù hợp?

- Giải thích về bệnh sinh, thảo luận về mục tiêu, phương án điều trị**
- Sẽ cho cô ta dùng các steroids sinh dục ngoại sinh để có kinh lại
- Sẽ đi tìm và giải quyết các nguyên nhân thực thể của hạ đồi-yên
- Sẽ dùng thuốc để khôi phục hoạt động phóng noãn bình thường

## TÌNH HUỐNG 2: NHỮNG NĂM THÁNG ĐẦU TIÊN

Bé B., 13 tuổi, được mẹ đưa đến khám vì ra huyết âm đạo nhiều và kéo dài từ 10 ngày nay.

Bé B. có kinh lần đầu năm 12 tuổi, vài tháng mới ra kinh một lần, mỗi lần có kinh đều nhiều, trong 5-7 ngày.

Không đặc điểm tiền sử nội ngoại khoa khác.

Khám thấy toàn trạng xanh xao, mệt mỏi. BMI 24 kg/m<sup>2</sup>.

Siêu âm: tử cung có đường kính trước sau 31 mm, lòng tử cung có phản âm hỗn hợp d 30 mm x 3 mm, 2 buồng trứng có các nang noãn nhỏ, và một nang phản âm trong d 35 mm x 40 mm.

### Câu hỏi 1:

1. Để có thể xác lập chẩn đoán, cần thực hiện thêm khảo sát nào khác không? Nếu cần, thì là khảo sát nào?

- Không. Bệnh cảnh này là điển hình, đủ để thiết lập chẩn đoán
- Có. Cần thực hiện thêm định lượng nội tiết trục hạ đồi-yên
- Có. Cần thực hiện thêm huyết đồ và đông máu-cầm máu**
- Có. Cần có tìm bằng chứng giải phẫu bệnh của lành tính

béo phì làm hệ trục khó ổn định hơn ở tuổi dậy thì khối phản âm 30\*3 mm là khối dài: nghĩ nhiều khối máu

### Câu hỏi 2:

2. Dựa trên thông tin đã có về lứa tuổi, bệnh sử và khám lâm sàng, định hướng chẩn đoán nào là phù hợp?

- Xuất huyết cơ năng tuổi dậy thì**
- Hội chứng buồng trứng đa nang
- AUB-P, AUB-M hoặc AUB-C

Những đứa bé này ko phóng noãn ở chu kỳ này, nên ko có progesterone phân tiết => xuất huyết => Nếu nội mạc mỏng: dùng estrogen cầm máu + thêm progesterone phân tiết => có thể dùng progesterone chủ động để phân tiết nếu đoán trước dc tình huống ko phóng noãn.



**Câu hỏi 3:**

3. Để điều trị cầm máu tức thời cho bé B., phương án nào là thích hợp?

- a. **Estrogen liên hợp**
- b. Tranexamic acid
- c. Chế phẩm máu
- d. Progesterone

nghe nhiều XH cơ năng: Estrogen liên hợp, bé này chưa tới tình trạng cấp cứu, đợi vài ngày đc. Tranexamic: fibrin giúp cầm, plasminogen li giải fibrin => tranexamic ức chế plasminogen => cầm máu nhưng hiệu quả ko cao trong trường hợp này. Nên cầm máu dựa vào cơ chế chính: Estrogen liên hợp.  
(ko dùng liên hợp cả 2 vì nguy cơ thuyên tắc cao)

**Câu hỏi 4:**

4. Sau khi đã cầm máu thành công ở lần này, để điều trị dài hạn cho bé B., phương án nào là thích hợp?

- a. **Chức năng dùng progestogen định kỳ để tạo kinh**
- b. Phối hợp tiết chế, thể dục, giảm cân, metformin
- c. Gây phóng noãn bằng thuốc cho vài chu kỳ đầu
- d. Dùng combined contraceptive pill một thời gian

viên tránh thai COCs: ức chế hạ đồi khá mạnh do cần tác dụng tránh thai nên rất hạn chế.  
Câu B: dùng chủ yếu PCOS  
=> Chọn A do đã dùng Estro ở câu 3, chỉ nên dùng ở chu kỳ này.

**TÌNH HUỐNG 3: TÔI THƯỜNG HAY CÓ KINH TRƯỚC NGÀY, VÀ NGÀY Càng SỚM HƠN**

Bà C., 45 tuổi, PARA 2002, đến khám vì ra huyết âm đạo bất thường. Đây là lần đầu bà bị chảy máu nhiều và kéo dài.

Từ ½ năm nay, các chu kỳ có khuynh hướng ngắn dần.

Từ một tháng nay bà C. bị xuất huyết âm đạo kéo dài, với lượng vừa (khoảng 4 băng vệ sinh mỗi ngày).

Không triệu chứng cơ năng khác. Không tiền căn bệnh lý nội ngoại khoa.

Thể trạng trung bình, sinh hiệu ổn. Khám mô vật: âm đạo có ít huyết sậm, cổ tử cung láng, ít máu sậm chảy từ lỗ cổ tử cung. Tử cung kích thước bình thường, hai phần phụ không sờ chạm.

Test định tính nhanh  $\beta$ -hCG nước tiểu âm tính. Test huyết học cho kết quả bình thường.

Siêu âm ghi nhận tử cung có đường kính trước sau 45 mm, với tử cung có khối echo hỗn hợp d 20 mm x 20 mm, gợi ý u xơ-cơ tử cung FIGO L<sub>4,5</sub>. Nội mạc tử cung 6 mm. Hai buồng trứng bình thường.

**Câu hỏi 1:**

1. Căn cứ vào các thông tin đã có, định hướng chẩn đoán sẽ nghiêng nhiều về phía giả thuyết nào?

- a. **AUB-O**
- b. AUB-M
- c. AUB-L
- d. AUB-N

NMTC ko quá dày, ko có thêm dấu hiệu khác như ko đều...

U xơ nhỏ

**Câu hỏi 2:**

2. Trong các phương án quản lý vấn đề chủ của bà C. được liệt kê sau, phương án nào có nhiều ưu thế nhất?

- a. **Nạo sinh thiết & cầm máu**
- b. Progesterone ngoại sinh
- c. Ulipristal acetate
- d. Tranexamic acid

AUB-O: sinh thiết mong NMTC đang ở giai đoạn tăng trưởng, ko phải chỉ xem lành- ác.

**TÌNH HUỐNG 4: MÃN KINH**

Bà D., 50 tuổi, PARA 6006, đến khám vì xuất huyết âm đạo bất thường, khi đã mãn kinh 2 năm.

Từ sau khi mãn kinh, thỉnh thoảng bà có dùng estrogen bôi da để điều trị các triệu chứng hậu mãn kinh.

Cách đây 2 ngày, bà D. thấy có ra vài vệt huyết hồng dính quần lót, nên đi khám.

BMI 28 kg/m<sup>2</sup>.

tim hiểu tại sao bà này lại dùng => tư vấn đúng cách

Khám mô vật: niêm mạc âm đạo nhợt nhạt, ít nếp gấp, hiện tại không thấy máu trong âm đạo. Cổ tử cung láng, teo nhỏ.

Khám âm đạo: tử cung nhỏ, hai phần phụ không sờ chạm.

Siêu âm: tử cung có đường kính trước sau 35 mm, nội mạc tử cung 8 mm, cấu trúc đều đặn, 2 buồng trứng teo nhỏ.

Phết tế bào học tầm soát ung thư cổ tử cung cho kết quả âm tính với tổn thương trong biểu mô lát.

**Câu hỏi 1:**

1. Trong các khảo sát sau, phải ưu tiên chọn khảo sát nào?

- a. Nội soi buồng tử cung chẩn đoán
- b. **Sinh thiết nội mạc tử cung**
- c. Siêu âm Doppler hay MRI
- d. Không cần thêm test

Với phụ nữ mãn kinh còn tử cung: BN có triệu chứng bốc hỏa, khó chịu ... dùng estrogen nhưng phải thêm progestogen để phân tiết NMTC

coi lại estrogen từ buồng trứng và ngoài buồng trứng như mô mỡ: phân tử khác nhau, tác động qua gene và ko qua gene.



**Câu hỏi 2:**

2. Nội soi buồng tử cung không phát hiện bất thường. Nạo sinh thiết buồng tử cung cho hình ảnh của nội mạc tử cung thời kì phát triển. Hình ảnh học không thấy bất thường cấu trúc tử cung. Kế hoạch quản lý lâu dài nào là thích hợp?
  - a. Tư vấn điều trị hậu mãn kinh với nội tiết đúng cách
  - b. Tư vấn ngưng mọi hình thức điều trị hậu mãn kinh
  - c. Tư vấn điều trị hậu mãn kinh không dùng nội tiết
  - d. Progestogen dự phòng tăng sinh nội mạc tử cung

**TÌNH HUỐNG 5: TRÁNH THAI KHẨN CẤP VỚI MIFEPRISTONE**

Cô N., 18 tuổi, độc thân, đã có quan hệ tình dục, đến khám vì xuất huyết tử cung bất thường khi đang trễ kinh 1 tuần.

Chu kì kinh trước nay rất đều, 28 ngày, hành kinh 3 ngày sạch.

Khoảng 3 tuần trước, cô có một lần dùng mifepristone để tránh thai khẩn cấp.

Chỉ mới ra huyết từ hôm nay, không kèm triệu chứng khác.

Khám sinh hiệu ổn. Bụng mềm, không đau.

Khám mở vạt: cổ tử cung lóng, có ít huyết sậm ra từ lỗ cổ tử cung.

Khám âm đạo: cổ tử cung đóng, tử cung không to, hai phần phụ không sờ chạm, túi cùng trống, không đau.

Cô N. cũng cho biết thêm rằng cách đây 5 ngày cô có làm một siêu âm phụ khoa qua đường bụng, với kết quả: tử cung có đường kính trước sau 43 mm, nội mạc tử cung 5 mm, phản âm đồng nhất, trên buồng trứng Phải có một nang phản âm hỗn hợp dạng lưới, d 25 mm x 20 mm.

**Câu hỏi 1:**

1. Ở thời điểm hiện tại, khảo sát cận lâm sàng nào là ưu tiên nhất, và phải được thực hiện ngay?
  - a. Test nhanh định tính  $\beta$ -hCG nước tiểu
  - b. Định lượng  $\beta$ -hCG huyết thanh
  - c. Siêu âm phụ khoa ngả âm đạo
  - d. Siêu âm phụ khoa ngả bụng

**Câu hỏi 2:**

2. Chỉ căn cứ vào các dữ kiện đã có hiện tại, trong các giả thuyết sau, giả thuyết nào có khả năng xảy ra thấp nhất?
  - a. AUB do không có phóng noãn
  - b. AUB do thuốc mifepristone
  - c. AUB do thai ngoài tử cung
  - d. AUB do thai thất bại sớm

**Câu hỏi 3:**

3. Về cấu trúc thấy trên buồng trứng Phải thấy qua siêu âm thực hiện cách nay 5 ngày, lí giải nào là hợp lí?
  - a. Có nhiều khả năng đây là hoàng thể
  - b. Cấu trúc rất gợi ý là thai ngoài tử cung
  - c. Cấu trúc phù hợp với không phóng noãn
  - d. Nhiều khả năng là nang thực thể không tân lập

**TÌNH HUỐNG 6: U XƠ TỬ CUNG SM<sub>0</sub>**

Bà O., 38 tuổi, PARA 2002, đến khám vì xuất huyết tử cung bất thường.

Đây là lần đầu tiên bà bị xuất huyết tử cung bất thường.

Lần có kinh này, bà O. thấy dài hơn và nhiều hơn bình thường. Hiện tại vẫn chưa dứt chảy máu.

Siêu âm cho thấy có một u xơ-cơ tử cung SM<sub>0</sub>, với d 15 mm x 10 mm. Phân tích tế bào máu cho thấy Hb% 10.5.

Không kèm triệu chứng cơ năng khác.

**Câu hỏi 1:**

1. Ở thời điểm và bệnh cảnh lâm sàng hiện tại, có cần phải thực hiện thêm khảo sát nào khác để xác lập chẩn đoán?
  - a. Siêu âm phụ khoa có bơm nước buồng tử cung
  - b. Siêu âm phụ khoa đường âm đạo với Doppler
  - c. Siêu âm phụ khoa đàn hồi khảo sát mật độ u
  - d. Cộng hưởng từ vùng chậu khảo sát tử cung
  - e. Không cần thêm bất cứ khảo sát nào khác



**Câu hỏi 2:**

2. Điều trị nào là thích hợp để cầm máu cho bà O. trong khi chờ đợi thực hiện các mục tiêu điều trị khác?
- ☒ a. COC có 30 µg EE
  - b. Ulipristal acetate
  - c. Acid tranexamic
  - d. GnRH agonist

**Câu hỏi 3:**

3. Sau khi đã cầm máu sơ khởi thành công, phương án quản lý điều trị tiếp theo nào là phù hợp?
- a. Không làm gì thêm, chỉ điều trị nếu chảy máu lại
  - b. Thực hiện đủ một liệu trình ba tháng với UPA
  - c. Chỉ định dụng cụ tử cung phóng thích LNG
  - ☒ d. Phẫu thuật nội soi buồng tử cung cắt u

**TÌNH HUỐNG 7: CÓ TẤT CẢ BAO NHIÊU VẤN ĐỀ?**

Cô G., 17 tuổi, PARA 0000, khám vì mất kinh 1 tháng, kèm nghén nặng và rất mệt.

Mạch 120 lần/phút, huyết áp 130/95 mmHg, nhiệt độ 37°C.

Khám tổng quát thấy có triệu chứng cường giáp, tim nhanh đều. Bụng mềm, tử cung mềm, bề cao tử cung 14 cm.

Khám mỏ vịt: không có huyết âm đạo. Khám âm đạo: cổ tử cung đóng, sờ chạm cả 2 phần phụ, d # 6 cm x 6 cm.

Siêu âm: chiếm trọn lòng tử cung là một cấu trúc echo hỗn hợp với nhiều nang trống, 2 buồng trứng to với các nang trống, vách mỏng.

Định lượng  $\beta$ -hCG 400000 mUI/mL.

**Câu hỏi 1:**

1. Bằng các dữ kiện đã có, thấy có bao nhiêu vấn đề riêng lẻ, cùng tồn tại một cách độc lập trong bệnh cảnh của cô G.?
- a. Bốn: thai trứng, u buồng trứng, cường giáp, tăng huyết áp
  - b. Ba: thai trứng, u buồng trứng, hội chứng cường giáp
  - c. Hai: thai trứng kèm u buồng trứng hai bên lành tính
  - ☒ d. Một: thai trứng với biểu hiện lâm sàng đa cơ quan

**Câu hỏi 2:**

2. Để xác lập chẩn đoán cuối cùng cho cô G., cần đến khảo sát cận lâm sàng nào?
- a. Siêu âm Doppler màu
  - b. Loạt định lượng  $\beta$ -hCG
  - ☒ c. Kết quả giải phẫu bệnh lý
  - d. Cộng hưởng từ vùng chậu

**Câu hỏi 3:**

3. Trong kế hoạch can thiệp cho cô G., hành động nào phải được thực hiện trước tiên?
- a. Dùng thuốc kháng giáp tổng hợp
  - ☒ b. Ổn định tình trạng nội tim mạch
  - c. Hút nạo thai trứng tại phòng mổ
  - d. Phẫu thuật khối u buồng trứng