



## 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 Phụ 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?
  - a. Hội chứng buồng trứng đa nang
  - b. Suy buồng trứng sớm do di truyền
  - c. Suy hạ đồi do nguyên nhân cơ năng
  - d. Microadenoma thùy trước tuyến yên

### Câu hỏi 2:

2. Để giải quyết vấn đề chủ của cô A., hành động nào là phù hợp?
  - a. Giải thích về bệnh sinh, thảo luận về mục tiêu, phương án điều trị
  - b. Sẽ cho cô ta dùng các steroids sinh dục ngoại sinh để có kinh lại
  - c. Sẽ đi tìm và giải quyết các nguyên nhân thực thể của hạ đồi-yên
  - d. 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 trống 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?
  - a. Không. Bệnh cảnh này là điển hình, đủ để thiết lập chẩn đoán
  - b. Có. Cần thực hiện thêm định lượng nội tiết trục hạ đồi-yên
  - c. Có. Cần thực hiện thêm huyết đồ và đông máu-cầm máu
  - d. Có. Cần cố tìm bằng chứng giải phẫu bệnh của lành tính

### 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?
  - a. Xuất huyết cơ năng tuổi dậy thì
  - b. Hội chứng buồng trứng đa nang
  - c. AUB-P, AUB-M hoặc AUB-C



**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. Progestogen

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

**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 kì 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 lí nội ngoại khoa.

Thể trạng trung bình, sinh hiệu ổn. Khám mô vạt: 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

**Câu hỏi 2:**

2. Trong các phương án quản lí 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. Progestogen ngoại sinh
  - c. Ulipristal acetate
  - d. Tranexamic acid

**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>.

Khám mô vạt: 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



**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 ngã âm đạo
  - d. Siêu âm phụ khoa ngã 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?
- COC có 30 µg EE
  - Ulipristal acetate
  - Acid tranexamic
  - 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?
- Không làm gì thêm, chỉ điều trị nếu chảy máu lại
  - Thực hiện đủ một liệu trình ba tháng với UPA
  - Chỉ định dụng cụ tử cung phóng thích LNG
  - 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.?
- Bốn: thai trứng, u buồng trứng, cường giáp, tăng huyết áp
  - Ba: thai trứng, u buồng trứng, hội chứng cường giáp
  - Hai: thai trứng kèm u buồng trứng hai bên lành tính
  - 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?
- Siêu âm Doppler màu
  - Loạt định lượng  $\beta$ -hCG
  - Kết quả giải phẫu bệnh lý
  - 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?
- Dùng thuốc kháng giáp tổng hợp
  - Ổn định tình trạng nội tim mạch
  - Hút nạo thai trứng tại phòng mổ
  - Phẫu thuật khối u buồng trứng



Bài ứng dụng

**Các nguyên lý tiếp cận và quản lý các bệnh lây qua tình dục**

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 Phụ Sản, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

**TÌNH HUỐNG 1: ĐAU VÙNG CHẬU CẤP**

Bà H., 28 tuổi, PARA 0000, đến khám vì đau hạ vị nhiều, liên tục.

Trước đây, bà đã từng có vài bạn tình. Hai tháng nay, bà đang chung sống với một bạn tình mới. Họ ngừa thai bằng giao hợp gián đoạn. Trước khi đến với bạn tình này, bà có được làm co-testing với kết quả tế bào biến đổi viêm và HPV âm tính.

Năm ngày trước bà H. thấy bị tiết dịch vàng bất thường ở âm đạo. Khởi đau bụng từ 3 ngày nay. Đau tăng dần, hiện tại bà H. bị đau nhiều, liên tục. Khám: T 39 °C, về mặt nhiễm trùng. Bụng ấn đau vùng hạ vị lệch về hố chậu P, phản ứng dội (+). Khám mở vạt thấy cổ tử cung lộ tuyến, chạm dễ chảy máu, có dịch vàng đặc chảy ra từ cổ tử cung. Khám âm đạo ghi nhận tử cung chạm lắc rất đau. Hai phần phụ ấn đau và giới hạn không rõ.

**Câu hỏi 1:** Định hướng chẩn đoán ban đầu?

- Viêm vùng chậu có biến chứng
- Viêm vùng chậu chưa biến chứng
- Viêm ruột thừa

**Câu hỏi 2:** Trong các tests sau, kết quả của tests nào sẽ có ảnh hưởng mang tính quyết định đến phương án điều trị cấp cứu?

- Test huyết thanh chẩn đoán HIV
- Chlamydia trachomatis IgG, IgM
- Nhuộm gram dịch tiết cổ tử cung
- Cách điều trị không lệ thuộc các test trên

**Khảo sát hình ảnh học qua siêu âm xác định:**

+ tử cung ngả trước, kích thước 39x70x40 mm

+ nội mạc tử cung: bề dày 7 mm, phản âm kém, đồng nhất, bờ nội mạc đều

+ cơ tử cung: không thấy bất thường trên siêu âm

+ Buồng trứng:

- Buồng trứng P kích thước 28x17 mm, cạnh buồng trứng có khối echo kém dạng hình ống, kích thước 9 x34 mm, trong có vách ngăn không liên tục.
- Buồng trứng T kích thước 28x17 mm, cạnh buồng trứng có khối echo kém dạng hình ống, kích thước 9 x37 mm, trong có vách ngăn không liên tục.

+ Dịch cùng đồ, dịch ổ bụng: không



+ 2 thận không ứ nước, không thấy hình ảnh viêm ruột thừa.

**Kết luận:** theo dõi ứ dịch 2 tai vòi

**Câu hỏi 3:** Căn cứ vào dữ kiện đã có, phương án điều trị nào là thích hợp?

- a. Chờ kết quả test đã được chỉ định ở câu trước để quyết định
- b. Điều trị nội khoa bằng phối hợp Ceftriaxone với Doxycyclin
- c. Thực hiện nội soi ổ bụng để lấy bỏ ổ nhiễm, rửa bụng, dẫn lưu
- d. Phối hợp nội-ngoại khoa: chuẩn bị trước và đủ với nội khoa rồi mổ

**Câu 4:** Tiên lượng về tương lai sản khoa của bà H



## TÌNH HUỐNG 2: KHÔNG HIỆU QUẢ?

Cô N., 18 tuổi, độc thân, chưa từng có quan hệ tình dục, đến khám vì tiết dịch âm đạo bất thường.

Chu kì kinh không đều, 30 đến 90 ngày, hành kinh 7 ngày sạch.

Hai tuần trước, cô đã đến khám vì tiết dịch âm đạo bất thường, kèm theo ngứa, rát ở âm hộ.

Lần đó, cô đã được lấy mẫu dịch âm đạo khảo sát, với kết quả có hiện diện vi nấm hạt men cùng nhiều sợi tơ nấm giả. Do chưa có quan hệ tình dục, nên người ta đã điều trị cho cô bằng Fluconazole đơn liều, đường uống.

Tuy nhiên, không có bất cứ cải thiện nào sau khi uống thuốc.

Khám: BMI 28 kg/m<sup>2</sup>. Âm hộ viêm đỏ. Dịch âm đạo là các mảng trắng đặc, bờ. Màng trinh nguyên. Khám trực tràng không ghi nhận bất thường.

Lấy mẫu dịch âm đạo khảo sát, tìm thấy có hiện diện vi nấm hạt men cùng nhiều sợi tơ nấm giả.

### Câu hỏi 1:

1. Ở thời điểm hiện tại, chẩn đoán nào là phù hợp cho tình trạng của cô N.?
  - a. Viêm âm hộ âm đạo do *C. albicans* kháng thuốc
  - b. Viêm âm hộ âm đạo do *C. albicans* đơn giản (uncomplicated)
  - c. Viêm âm hộ âm đạo do *C. albicans* phức tạp (complicated)
  - d. Viêm âm hộ âm đạo do *C. non-albicans* sp

### Câu hỏi 2:

2. Điều trị nào là thích hợp cho cô N.?
  - a. Tiếp Fluconazole, đa liều, đường uống
  - b. Chuyển Clotrimazole, đa liều, đặt âm đạo
  - c. Chuyển Nystatin, đa liều, đường uống
  - d. Chuyển Ketokonazole, đa liều bôi âm hộ
  - e. Chờ cấy nấm định danh và kháng nấm đồ



### TÌNH HUỐNG 3: TỒN THƯƠNG LOÉT KHÔNG BẰNG CHỨNG

Bà G. 25 tuổi, đang mang thai 16 tuần, đến khám vì phát hiện có một vết loét ở âm hộ. Trong thời gian mang thai, bà vẫn có quan hệ tình dục.

Hôm nay, bà G. phát hiện thấy có một vết loét không đau ở âm hộ, trên môi lớn bên Trái.

Quan sát thấy tổn thương loét có các đặc điểm điển hình của một chancre giang mai. Có hạch bẹn trái, không đau. Bà G. đã được cho thực hiện RPR và TPPA, cả hai cùng cho kết quả âm tính.

#### Câu hỏi 1:

1. Bằng những dữ kiện đã có, định hướng chẩn đoán nào là phù hợp?
  - a. Chưa thể có định hướng
  - b. Giang mai thời kỳ sơ nhiễm
  - c. Nhiễm Virus Herpes Simplex
  - d. Nhiễm *Haemophilus ducreyi*
  - e. Nhiễm *T. pertenue* / *T. carateum*

#### Câu hỏi 2:

2. Ở thời điểm hiện tại, giả định bà G. đang ở nơi có điều kiện nguồn lực đầy đủ, cần làm test nào để kết luận?
  - a. Phết tổn thương tìm xoắn khuẩn với kính hiển vi trường tối
  - b. Phết tổn thương tìm xoắn khuẩn bằng test PCR hay NAAT
  - c. Làm lại test huyết thanh, nhưng dùng VDRL và FTA-ABS
  - d. Làm test vi sinh để tìm các tác nhân không phải giang mai

#### Câu hỏi 3:

3. Ở thời điểm hiện tại, trong điều kiện nguồn lực không cho phép thực hiện thêm bất cứ test nào khác ngoài hai test đã có, bà G. cần được điều trị ra sao?
  - a. Thực hiện ngay điều trị giang mai, không cần phải thỏa thêm điều kiện nào khác
  - b. Thực hiện lại RPR-TPPA sau hai tuần nữa, nếu cả hai cùng dương thì sẽ điều trị
  - c. Thực hiện lại RPR-TPPA sau hai tuần nữa, chỉ cần TPPA [+] là đủ để điều trị
  - d. Thực hiện lại RPR-TPPA sau hai tuần nữa, chỉ cần RPR [+] là đủ để điều trị
  - e. Điều trị như Herpes, khám sau hai tuần, nếu còn loét thì xử lý như giang mai





#### **TÌNH HUỐNG 4: LOẠN KHUẨN ÂM ĐẠO**

Bệnh nhân nữ 28 tuổi, PARA 0000, đến khám vì tiết dịch âm đạo 03 ngày, tính chất dịch tiết nhiều, dai, trắng xám, có mùi khác hơn so với bình thường, không kèm theo ngứa, nóng rát âm đạo, tiểu đau, hay giao hợp đau. Bà ta nói rằng đây là lần đầu tiên có những triệu chứng này. Bà ta không có thói quen thụt rửa âm đạo, và chưa điều trị gì trước đây. Bà ta đang ngừa thai với vòng Mirena, không có ghi nhận bệnh tình khác ngoài chồng, kinh chót cách 01 tuần.

1. Phương pháp chẩn đoán nào sau đây là thích hợp cho bà ta và lý giải?
  - a. Soi tươi dịch âm đạo.
  - b. Cây dịch tiết âm đạo.
  - c. NAATs.
  - d. Cả 3 phương pháp trên.
2. Nguyên tắc điều trị nào sau đây là phù hợp và lý giải?
  - a. Điều trị theo kinh nghiệm.
  - b. Điều trị theo kết quả soi tươi.
  - c. Điều trị theo kết quả cấy dịch.
  - d. Điều trị theo kết quả NAATs.
3. Yếu tố nguy cơ cho tình trạng của bà ta?
  - a. Thay đổi tình trạng nội tiết
  - b. Dụng cụ tử cung
  - c. Yếu tố khác chưa được xác định

Hãy cho hướng tư vấn hợp lý để giảm yếu tố nguy cơ



Bài ứng dụng

## ***Quản lý các tổn thương tân sinh trong biểu mô lát (-SIL)***

Chương trình đào tạo Bác sĩ Y khoa. Module Sản Phụ khoa 2

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

### **TÌNH HUỐNG 1: LỘ TUYẾN CỔ TỬ CUNG**

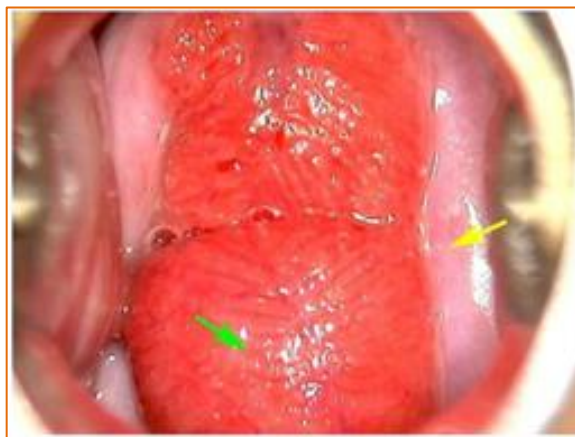
Cô A, 22 tuổi, PARA 0000, vừa lập gia đình được vài tháng, đến khám vì tiết dịch âm đạo nhiều.

Dậy thì năm 12 tuổi. Chu kỳ kinh đều. Không xuất huyết tử cung bất thường. Đang dự định sanh, không tránh thai.

Tiết dịch âm đạo xuất hiện một thời gian ngắn sau dậy thì, thường xuyên, không triệu chứng đi kèm, gây ẩm ướt và khó chịu. Tuy nhiên, tính chất không thay đổi cho đến nay.

Soi cổ tử cung: cổ tử cung lộ tuyến rộng, sát thành âm đạo. Ranh giới lát-trụ sắc nét, rõ, không tái tạo, không thấy vùng chuyển tiếp.

Khảo sát dịch âm đạo: pH mất tính acid. Lactobacilli ưu thế. Có vài bào tử nấm. Không có bạch cầu đa nhân.



#### ***Câu hỏi 1:***

1. Tình trạng lộ tuyến rộng kèm theo tiết dịch âm đạo ở cô A là hệ quả của sự kiện hay của tình trạng nào?

- Là hệ quả của sự vắng mặt quá trình chuyển sản gai sinh lý
- Là hệ quả của viêm âm đạo với tác nhân đã được xác định
- Là hệ quả của viêm âm đạo chưa xác định được tác nhân
- Là hệ quả của một tình trạng rối loạn khuẩn hệ âm đạo

#### ***Câu hỏi 2:***

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

- Tư vấn rằng điều trị là không cần thiết
- Tiến hành điều trị bằng metronidazole
- Tiến hành điều trị bằng clotrimazole
- Tiến hành điều trị phá hủy lộ tuyến

**TÌNH HUỐNG 2: KOILOCYTES**

Cô B, 20 tuổi, PARA 0000, đến khám để yêu cầu được thực hiện phết tế bào học cổ tử cung tầm soát ung thư.

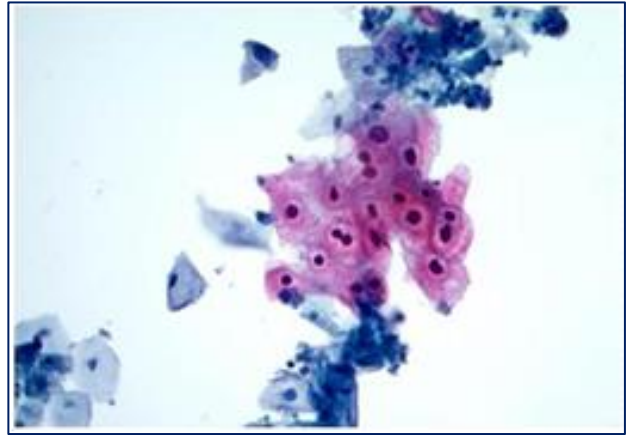
Trong hai năm gần đây, cô đã có quan hệ không bền vững với vài bạn tình, mỗi người trong khoảng vài tháng.

Khi quan hệ, cô luôn yêu cầu họ sử dụng bao cao su.

Cô từ chối việc thực hiện tiêm phòng HPV vì e ngại các biến chứng.

Người ta đã thực hiện tầm soát bằng phết tế bào nhưng dịch cho cô B.

Kết quả trả về là LSIL, với hiện diện của các tế bào rỗng (koilocytes) (xem hình).

**Câu hỏi 1:**

- Liên quan đến yêu cầu thực hiện tầm soát ung thư cổ tử cung bằng phết tế bào học (Pap's test) của cô B, nhận định nào là phù hợp?
  - Dù có yêu cầu, nhưng việc thực hiện PAP's test là không cần
  - Chọn tiếp cận tầm soát sơ cấp bằng HPV testing sẽ tốt hơn
  - Chọn tầm soát sơ cấp bằng tế bào học đơn thuần là hợp lý
  - Chọn tiếp cận tầm soát sơ cấp bằng co-testing sẽ tốt hơn

**Câu hỏi 2:**

- Ở thời điểm này, khi đã biết có LSIL và có koilocytes, thái độ quản lý nào là thích hợp cho cô B?
  - Hẹn sẽ kiểm tra với co-testing khi cô B tròn 24 tuổi
  - Hẹn làm lại phết tế bào cổ tử cung sau 12-24 tháng
  - Thực hiện thêm HPV testing để tìm thêm thông tin
  - Thực hiện thêm soi cổ tử cung ± nạo kênh tử cung

**Câu hỏi 3:**

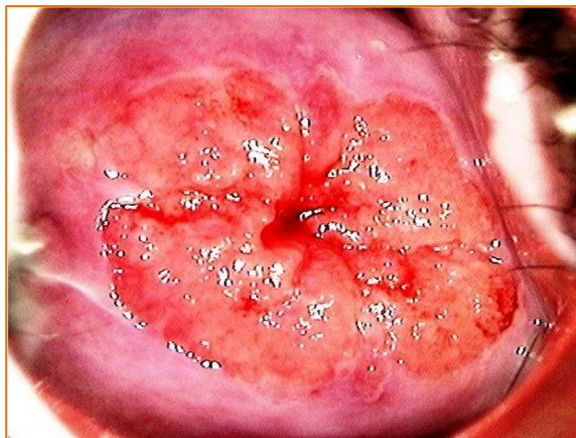
- Cô B bày tỏ ý muốn được tiêm phòng HPV. Câu trả lời nào là hợp lý?
  - Đồng ý cho thực hiện tiêm phòng, không cần test khác
  - Dữ kiện đã có không ủng hộ cho chỉ định tiêm phòng
  - Để trả lời, cần làm thêm test khảo sát HPV định type
  - Phải chờ đến khi LSIL thoái lui thì mới tiêm phòng

**TÌNH HUỐNG 3: CHỌN TEST TẦM SOÁT**

Bà C, 42 tuổi, PARA 1001, đến để được thực hiện xét nghiệm tầm soát ung thư cổ tử cung.

Khi được biết giá thành của xét nghiệm, bà cho biết rằng do điều kiện tài chính hạn hẹp, nên bà không thể thực hiện co-testing, mà chỉ có thể chọn giữa xét nghiệm HPV đơn thuần hoặc phết tế bào học nền nước (liquid-based cytology testing).

Khám mô vạt lâm sàng thấy cổ tử cung của bà C “xấu” (xem ảnh chụp)

**Câu hỏi 1:**

- Liên quan đến việc chọn phương pháp tầm soát, có đối chiếu tổn thương nhìn thấy trên lâm sàng và có xem xét đến hoàn cảnh tài chính eo hẹp của bà C, nên tư vấn cho bà ta chọn phương pháp nào?
  - Bấm sinh thiết và nạo kênh ngay
  - Xét nghiệm HPV đơn thuần
  - Phết tế bào học nền nước**
  - Soi cổ tử cung ngay

**Câu hỏi 2:**

- Giả định rằng bà C được thực hiện tầm soát ung thư cổ tử cung bằng phết tế bào học nền nước, thì căn cứ vào hình ảnh thấy qua khám mô vạt như trên, cần lưu ý điều gì khi thực hiện test?
  - Lấy mẫu riêng kênh bằng chổi cytobrush
  - Chú ý phải lấy được mẫu ngay ở ranh giới**
  - Nên lấy mẫu bằng que gỗ (spatule d'Ayre)

**TÌNH HUỐNG 4: DƯƠNG TÍNH Ở BỜ PHẪU THUẬT**

Bà D, 36 tuổi, PARA 0000, đến tái khám, đúng một năm sau khi được **khoét chóp cổ tử cung bằng dao điện**.

Một năm trước, bà D có một kết quả tế bào học cổ tử cung tầm soát là **HSIL** (bảng thin-prep).

Vì kết quả tế bào học này, bà được soi cổ tử cung và sinh thiết dưới soi. Kết quả sinh thiết là **HSIL**.

Vì là HSIL, nên bà được chỉ định thực hiện khoét chóp cổ tử cung bằng dao điện.

Tuy nhiên, vì nhiều lý do, bà không đến khám sau phẫu thuật. Đến hôm nay bà mới tái khám.

Kết quả giải phẫu bệnh cho thấy sự hiện diện của hai vùng có tổn thương trong biểu mô lát, một là LSIL và một là carcinoma in situ, cả hai cùng nằm cách bờ phẫu thuật 5 mm.

**Câu hỏi 1:**

1. Tiến trình (trình tự các thăm dò) thực hiện xác lập chẩn đoán như trên có hợp lý không? Lý giải nhận định?
  - a. Hợp lý
  - b. Không hợp lý, nhưng chấp nhận được**
  - c. Hoàn toàn sai, không thể chấp nhận được

**Câu hỏi 2:**

2. Hãy xác định chẩn đoán của bà D?
  - a. LSIL
  - b. HSIL
  - c. Carcinoma in situ**
  - d. Tối thiểu là carcinoma in situ, có thể nặng hơn**

**Câu hỏi 3:**

3. Căn cứ vào các thông tin đã có, hành động tiếp theo nào là hợp lý?
  - a. Thực hiện cắt tử cung toàn phần đơn giản, trong thời gian sớm nhất có thể
  - b. Thực hiện cắt tử cung toàn phần đơn giản, sau khi kiểm tra với Pap's test
  - c. Thực hiện khoét chóp bằng dao lạnh, rộng hơn phạm vi khoét chóp cũ
  - d. Không can thiệp gì thêm. Hẹn theo dõi bằng tế bào học, soi cổ tử cung**

**TÌNH HUỐNG 5: ASC-US VỚI HPV [+]**

Bà G, 32 tuổi, PARA 2002. Con nhỏ được một tuổi. Đến tái khám theo lịch hẹn do từng có kết quả tầm soát ung thư cổ tử cung bất thường.

Một năm trước, bà G được thực hiện tầm soát ung thư cổ tử cung bằng co-testing, với kết quả là ASC-US, HPV dương tính với type nguy cơ cao khác.

Vì thế, bà G được hẹn sẽ lại làm co-testing sau một năm.

Kết quả lần này là LSIL, HPV dương tính với type nguy cơ cao khác.

**Câu hỏi 1:**

1. Quyết định quản lý sau lần khám trước có hợp lý không? Lý giải?

- Hợp lý
- Không hợp lý, nhưng chấp nhận được
- Hoàn toàn sai, không thể chấp nhận được

Age	PAST HISTORY (most recent)	Current HPV Result	Current PAP Resu	5-ye	Management
25-65	NO HISTORY	HPV-positive	ASC-US	0.41	Colposcopy
25-65	HPV-negative	HPV-positive	ASC-US	0.339	1-year follow-up
25-65	Cotest-negative	HPV-positive	ASC-US	0.36	1-year follow-up

**Câu hỏi 2:**

2. Dựa vào toàn bộ bệnh sử trên, sau khi có kết quả co-testing của lần này, hành động tiếp theo nào là hợp lý?

- Hẹn theo dõi sau một năm bằng co-testing
- Soi cổ tử cung ngay, sinh thiết dưới soi
- Điều trị nhanh bằng điều trị phá hủy mô



## Bài ứng dụng

# Quản lý các bệnh lý lành tính của tử cung: leiomyoma và adenomyosis

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 Phụ Sản, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

## TÌNH HUỐNG 1: CHÀO MỪNG ĐOÀN KHÁM TỪ THIỆN ĐÃ ĐẾN VỚI XÃ NGHÈO

Tại trạm Y tế xã. Bà A., 45 tuổi, PARA 2002, con út đã 10 tuổi, đến khám vì có đoàn tử thiện từ bệnh viện tỉnh về xã.

Từ một năm nay, các lần hành kinh có khuynh hướng đến sớm dần. Hiện tại chu kỳ kinh 26 ngày, đều, lượng thay đổi.

Bà đang tránh thai bằng dụng cụ tử cung tránh thai loại TCU 380A, đến nay là đúng 5 năm. Bà rất hài lòng về nó. Từ lúc đặt đến nay, bà chỉ đi tái khám tại trạm Y tế xã một vài lần, và được cho biết là “dụng cụ tử cung ổn định”.

Khám ghi nhận tử cung to, kích thước tương đương với tử cung mang thai 12 tuần, mật độ chắc, di động tốt.

Siêu âm qua đường âm đạo: tử cung có dAP 63 mm, có một cấu trúc echo kém, giới hạn rõ, tương tự nhân xơ tử cung, kích thước 50 mm x 55 mm x 50 mm, xếp loại FIGO 4, gần đáy tử cung. Dụng cụ tử cung nằm đúng vị trí.

Người ta cũng thực hiện phết tế bào cổ tử cung tầm soát ung thư cổ tử cung, với kết quả bình thường.

### Câu hỏi 1:

- Về các thay đổi trong hành kinh thời gần đây, lý giải nào là hợp lý?
  - AUB-A (do adenomyosis)
  - AUB-L (do u xơ-cơ tử cung)
  - AUB-O (do tiền mãn kinh)
  - AUB-I (do dụng cụ tử cung)
  - Không thỏa tiêu chuẩn AUB

### Câu hỏi 2:

- Liên quan đến khối u ở tử cung, cần thực hiện thêm khảo sát nào để ra được quyết định điều trị?
  - Không cần khảo sát khác, vì siêu âm đủ để khẳng định leiomyoma L4
  - Không cần khảo sát khác, vì siêu âm đủ để khẳng định adenomyosis
  - Không cần khảo sát khác, vì quản lý tiếp theo không đòi hỏi phân biệt
  - Cần làm thêm siêu âm Doppler / siêu âm bơm nước / siêu âm đàn hồi
  - Cần làm thêm cộng hưởng từ hay siêu âm 4 D khảo sát vùng chậu

### Câu hỏi 3:

- Trong bệnh cảnh của bà A., phương án quản lý nào là phù hợp?
  - Hiện tại không có bất cứ can thiệp nào là cần thiết
  - Tháo T-Cu 380A, và thay bằng levonorgestrel IUS
  - Tháo T-Cu 380A, và tiến hành điều trị với SPRM
  - Tháo T-Cu 380A, và tiến hành điều trị với DNG

## TÌNH HUỐNG 2: GONADOTROPIN RELEASING AGONIST

Bà U., 36 tuổi, PARA 1001, đến khám vì xuất huyết tử cung bất thường.

Ba tuần trước, bà đi khám phụ khoa định kỳ. Khi khám, bà hoàn toàn không có bất cứ than phiền chủ nào.

Khám thấy bà có 1 u xơ-cơ tử cung L<sub>3</sub>, 60 mm x 65 mm x 70 mm. Vì đang muốn sanh, nên bà rất sợ phải phẫu thuật.

Người ta đã chỉ định cho bà tiêm liều đầu GnRHa, vào ngày thứ nhất của chu kỳ kinh, vào đúng hai tuần trước.

Bà U. bắt đầu thấy chảy máu tử cung bất thường từ ba ngày nay, máu đỏ, lượng thay đổi, nhưng không nhiều.

Ngoài xuất huyết, bà U. không có bất cứ than phiền nào khác.





**Câu hỏi 1:**

1. Hãy định hướng nguyên nhân gây xuất huyết tử cung bất thường ở bà U.?
  - a. AUB-O
  - b. AUB-I
  - c. AUB-L
  - d. AUB-N

**Câu hỏi 2:**

2. Giả định AUB đã tự cầm. Liên quan đến khối u xơ-cơ tử cung, hướng quản lý dài hạn nào là thích hợp cho bà U.?
  - a. Selective Progesterone Receptor Modulator
  - b. Không cần bất cứ can thiệp nào cả
  - c. Hoàn tất đủ liệu trình với GnRHa
  - d. Phẫu thuật bóc nhân xơ tử cung

**TÌNH HUỐNG 3: ABNORMAL UTERINE BLEEDING**

Bà X. 48 tuổi, PARA 2002, đến khám vì xuất huyết tử cung bất thường kiểu ra kinh nhiều và kéo dài.

Chu kỳ kinh 28-30 ngày, đều. Vài tháng gần đây, ra kinh nhiều và kéo dài, có khi đến 10 ngày.

Khám ghi nhận tử cung hơi to.

Siêu âm grey-scale thực hiện ở ngày thứ 12 của chu kỳ ghi nhận có u xơ tử cung, d 20 mm, nội mạc 5 mm. Siêu âm bom nước buồng tử cung xác nhận u xơ tử cung L<sub>0</sub>. PAP's test lần cuối được 6 tháng, cho kết quả âm tính.

**Câu hỏi 1:**

1. Chẩn đoán nào là phù hợp cho tình trạng AUB của bà X.?
  - a. AUB-O
  - b. AUB-L
  - c. AUB-M
  - d. AUB-N

**Câu hỏi 2:**

2. Can thiệp thích hợp nhất cho bà X. là gì?
  - a. Selective Progesterone Receptor Modulator
  - b. Dụng cụ tử cung phóng thích chậm LNG
  - c. Thuyên tắc chọn lọc động mạch tử cung
  - d. Cắt đốt u xơ qua ngã soi buồng tử cung

**Câu hỏi 3:**

3. Bà X. đã không đến điều trị theo hẹn. Bà chỉ trở lại với bạn sau gần một năm, với tình trạng AUB như cũ. Lúc này, siêu âm ghi nhận khối u đã biết giờ có đường kính 45 mm. Khi đó, kế hoạch điều trị AUB cho bà X. phải bắt đầu bằng can thiệp nào?
  - a. Gonadotropin Releasing Hormone agonist
  - b. Selective Progesterone Receptor Modulator
  - c. Thuyên tắc chọn lọc động mạch tử cung
  - d. Cắt đốt u xơ qua ngã soi buồng tử cung

**TÌNH HUỐNG 4: ADENOMYOSIS “KHÔNG TRIỆU CHỨNG”**

Bà B., 40 tuổi, PARA 2012, con út 7 tuổi, đến để khám phụ khoa định kỳ.

Hai năm trước, bà bị thai ngoài tử cung, được điều trị với MTX.

Bà không có ý định sinh thêm con. Vì lý do tôn giáo, bà không dùng bất cứ phương pháp tránh thai nào.

Bà cũng cho biết rằng bà không có bất cứ triệu chứng lâm sàng nào đặc biệt.

Khám lâm sàng thấy tử cung cứng chắc, to tương đương với tử cung mang thai 8 tuần, ngã sau, di động kém. Túi cùng sau chạm đau nhẹ.

Siêu âm Doppler (ngày thứ 5 của chu kỳ), thấy tử cung to, dAP 47 mm, có một vùng phản âm kém d 20 mm x 25 mm x 30 mm, giới hạn không rõ, bên trong có mạch máu. Bề dày nội mạc 8 mm. Hai phần phụ không phát hiện bất thường.

Bà đã được cho làm thêm cộng hưởng từ, xác nhận chẩn đoán bệnh tuyến-cơ tử cung.



**Câu hỏi 1:**

1. Có thật sự là bà B. hoàn toàn không có than phiền chủ nào hay không?
  - a. Bà B. có vấn đề chủ, nhưng bị “ấn”
  - b. Đúng là bà B. không có vấn đề chủ

**Câu hỏi 2:**

2. Trong bối cảnh lâm sàng của bà B., phương án quản lý nào là hợp lý?
  - a. Không cần đến bất cứ động thái can thiệp nào
  - b. Selective Progesterone Receptor Modulator
  - c. Dụng cụ tử cung phóng thích chậm LNG
  - d. Cắt tử cung / phương án thay thế là UAE
  - e. Điều trị dài hạn bằng dienogest liên tục
  - f. Một phương án khác (sẽ phải nêu cụ thể)

**TÌNH HUỐNG 5: THỐNG KINH**

Bà N. 35 tuổi, PARA 1001, con nhỏ 5 tuổi, đến khám vì đau bụng kinh không thuyên giảm với NSAIDs.

Chu kỳ kinh trước nay rất đều. Đau bụng kinh mới xuất hiện trong thời gian vài năm nay. Thoạt đầu, bà N. chỉ đau bụng khi hành kinh. Càng về sau, đau bụng ngày càng tăng, kéo dài từ trước khi ra kinh đến sau khi sạch kinh vài ngày, với cường độ tăng dần, đến mức không thể đi làm trong những ngày bị đau, phải dùng NSAIDs giảm đau. Vài tháng nay, dùng NSAIDs không còn hiệu quả nữa.

Khám mỏ vịt: cổ tử cung hồng láng, tử cung to # thai 10 tuần, mật độ cứng, không di động. 2 phần phụ không sờ thấy.

Siêu âm: tử cung dAP 52 mm, phản âm không đều, có các bóng lưng sọc phía sau. Nội mạc tử cung dày 11 mm, tăng âm không đều, với một vùng tăng âm dày có giới hạn không rõ với vùng nội mạc còn lại. Túi cùng Douglas không có dịch.

CA125 = 150 U/mL.

**Câu hỏi 1:**

1. Liên quan đến khối u ở tử cung, cần thực hiện thêm khảo sát nào để ra được quyết định điều trị?
  - a. Không cần khảo sát khác, vì siêu âm đủ để khẳng định leiomyoma L4
  - b. Không cần khảo sát khác, vì siêu âm đủ để khẳng định adenomyosis
  - c. Không cần khảo sát khác, vì quản lý tiếp theo không đòi hỏi phân biệt
  - d. Cần làm thêm siêu âm Doppler / siêu âm bơm nước / siêu âm đàn hồi
  - e. Cần làm thêm cộng hưởng từ hay siêu âm 4 D khảo sát vùng chậu

**Câu hỏi 2:**

2. Trong các phương pháp liệt kê sau, bạn sẽ chọn phương pháp nào để điều trị đau cho bà N.?
  - a. Viên tránh thai phối hợp
  - b. Chất ức chế Aromatase
  - c. Chất ức chế COX-2
  - d. GnRH đồng vận
  - e. GnRH đối vận
  - f. Dienogest

**Câu hỏi 3:**

3. Sáu tháng sau, bà N. trở lại. Vì nghe rằng GnRHa đồng vận rất tốt, nên đã tự quyết định dùng thuốc này trong 6 tháng. Bà ta rất vui vì không còn đau nữa. Bà đến để hỏi về kế hoạch sinh thêm con. Cần trả lời ra sao?
  - a. Việc có thai trở lại sẽ xảy ra tự nhiên và dễ dàng
  - b. Còn phải làm rõ vài yếu tố (nữ) dù đã qua GnRHa
  - c. Việc có thai trở lại sẽ khó khăn, sẽ cần đến điều trị

**TÌNH HUỐNG 6: ABNORMAL UTERINE BLEEDING-?**

Bà M. 40 tuổi, PARA 2002, con út 10 tuổi, đến khám vì có kinh nhiều và dài hơn bình thường. Không than phiền khác.

Từ 4 tháng nay, bà bị xuất huyết tử cung bất thường, với tính chất như trên. Hiện đang ở ngày thứ 8 của kì kinh.

Khám mỏ vịt: có máu đỏ ra từ buồng tử cung, lượng ít. Cổ tử cung láng. Thân tử cung to khoảng tử cung có thai 8 tuần, mật độ cứng, di động kém. Hai phần phụ không sờ thấy.

Siêu âm: tử cung dAP 42 mm. Có 3 nhân xơ tử cung L<sub>3-4</sub>, kích thước lớn nhất  $\leq 3$  cm. Nội mạc tử cung 14 mm, với một vùng phản âm không đồng nhất d 1.5 cm ở đáy của buồng tử cung. Hai buồng trứng không hình ảnh bất thường.



**Câu hỏi 1:**

1. Những dữ kiện đã có cho phép định hướng chẩn đoán về phía nguyên nhân nào (gây ra AUB)?
  - a. AUB-P
  - b. AUB-A
  - c. AUB-L
  - d. AUB-O
  - e. Chưa thể định hướng

**Câu hỏi 2:**

2. Hãy cho biết khảo sát nào sẽ là cần thiết nhất cho bà M.?
  - a. Siêu âm bơm nước
  - b. Siêu âm thang xám
  - c. Siêu âm Doppler
  - d. Cộng hưởng từ

**Câu hỏi 3:**

3. Khảo sát đã thực hiện xác nhận có một u xơ-cơ tử cung L3 ở đáy tử cung. Can thiệp nào là hợp lý?
  - a. Phẫu thuật cắt tử cung toàn phần
  - b. Viên tránh thai nội tiết phối hợp
  - c. Phẫu thuật bóc nhân xơ tử cung
  - d. Thuyên tắc động mạch tử cung
  - e. Điều hòa thụ thể progesterone
  - f. Soi buồng tử cung phẫu thuật



## Bài ứng dụng

# Quản lý một khối ở phần phụ

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 Phụ Sản, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

### TÌNH HUỐNG 1: CHẠM CÓ THAI

Bà O. 31 tuổi, PARA 1001, con nhỏ 5 tuổi. Đến khám phụ khoa vì **chạm có thai**.

Muốn sanh con thứ nhì từ một năm nay, nhưng vẫn chưa có thai.

Tiền sử phụ khoa: chu kì kinh đều, 28 ngày, không rối loạn kinh nguyệt, không đau bụng vùng chậu mạn.

Khám mô vệt: cổ tử cung láng, hồng, không thấy có tiết dịch âm đạo bất thường.

Khám âm đạo: tử cung kích thước bình thường, di động hạn chế, chạm lắc không đau. Hai phần phụ không sờ thấy, không đau khi chạm.

Siêu âm phụ khoa qua đường âm đạo với Doppler:

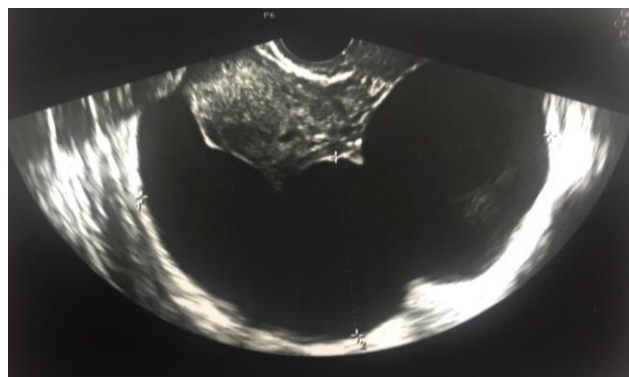
Tử cung dAP 39 mm, không bất thường về cấu trúc.

Thấy rõ cả hai buồng trứng, với cấu trúc bình thường, mang các nang noãn thứ cấp nhỏ.

Cạnh buồng trứng phải có cấu trúc **phân âm trắng, có vách không hoàn toàn, 5 cm x 2 cm x 2 cm, điểm màu 1**.

Cạnh buồng trứng trái có cấu trúc **phân âm trắng, có vách không hoàn toàn, 7 cm x 3 cm x 2 cm, điểm màu 1**.

Không có dịch tự do trong Douglas.



#### Câu hỏi 1:

- Về các cấu trúc được nhìn thấy qua siêu âm ở bà O., định hướng nào là phù hợp?
  - Cấu trúc cơ năng của buồng trứng
  - Cấu trúc thực thể không tân lập ở phần phụ**
  - Cấu trúc thực thể tân lập khả năng cao là lành tính
  - Cấu trúc thực thể tân lập không loại trừ khả năng ác tính
  - Hiện chưa đủ dữ kiện cho phép định hướng được chẩn đoán

#### Câu hỏi 2:

- Cần thực hiện thêm khảo sát nào để xác lập chẩn đoán cho cấu trúc nhìn thấy qua siêu âm?
  - Cộng hưởng từ khảo sát cấu trúc vùng chậu
  - Chụp buồng tử cung-vòi Fallope có cản quang
  - Chụp X-quang điện toán cắt lớp khảo sát ổ bụng
  - Không cần thực hiện thêm khảo sát hình ảnh khác**

#### Câu hỏi 3:

- Trong bệnh cảnh này, phương án quản lý nào là phù hợp cho vấn đề chủ của bà O.?
  - Quản lý đơn thuần bằng nội khoa
  - Quản lý đơn thuần bằng ngoại khoa
  - Quản lý đơn thuần bằng sinh sản hỗ trợ
  - Quản lý phối hợp nội-ngoại-sinh sản hỗ trợ**



## TÌNH HUỐNG 2: CHOCOLATE CYST

Cô P. 25 tuổi, chưa lập gia đình, nhập viện vì đau bụng cấp, được chẩn đoán là viêm ruột thừa cấp, và được mổ nội soi.

Tiền sử không ghi nhận bất thường, ngoại trừ **thống kinh** từ bé. Chu kì kinh đều. Hiện vừa mới sạch kinh.

Khi đưa camera vào, ghi nhận vùng chậu có khoảng 50 mL **dịch nâu chocolate**. Vùng chậu dính chặt, không phân biệt được các cấu trúc giải phẫu, ngoại trừ nhìn thấy buồng trứng phải bị vỡ trên một đoạn dài 3 cm, để lộ đáy lót mô màu vàng nâu, chứa dịch chocolate.

### Câu hỏi 1:

- Liên quan đến bản chất của cấu trúc bị vỡ trên buồng trứng phải, kết luận nào là phù hợp?
  - Cấu trúc cơ năng của buồng trứng
  - Cấu trúc thực thể không tân lập ở phần phụ**
  - Cấu trúc thực thể tân lập khả năng cao là lành tính
  - Cấu trúc thực thể tân lập không loại trừ khả năng ác tính
  - Hiện chưa đủ dữ kiện cho phép kết luận về bản chất của u

### Câu hỏi 2:

- Để hoàn tất cuộc mổ, hành động tiếp theo nào là thích hợp?
  - Thực hiện gỡ dính, cố lấy trọn khối u bị vỡ
  - Chỉ sinh thiết thành u bị vỡ, không cố lấy u**
  - Rửa sạch ổ bụng, không cần thiệp gì thêm

### Câu hỏi 3:

- Giả định là kết quả mô bệnh học đã loại trừ ác tính. Sau khi xuất viện, kế hoạch điều trị dài hạn nào là thích hợp?
  - COCs**
  - Dienogest
  - GnRH agonist
  - GnRH antagonist
  - Phẫu thuật đã đủ, không cần điều trị bổ túc

## TÌNH HUỐNG 3: EASY DESCRIPTOR vs SIMPLE RULES vs ADNEX MODEL

Bà P., 72 tuổi, mãn kinh hơn 20 năm, đến khám vì tình cờ phát hiện **khối ở buồng trứng trái** qua siêu âm.

Bà P. không có than phiền chủ nào khác, ngoại trừ việc thỉnh thoảng thấy trằn bụng dưới.

Khám: BMI 31 kg/m<sup>2</sup>. Cảm giác có một u ở hạ vị di động, không đau. Khó nhận định chi tiết qua khám bụng và âm đạo..

Siêu âm: tử cung dAP 20 mm, phản âm đều. Buồng trứng trái bình thường. Buồng trứng phải có một nang đơn thùy đặc, bờ không đều, đường kính 95 mm x 68 mm x 75 mm, kích thước phần đặc lớn nhất 70 mm, không chồi, không vách, không bóng lưng. **Điểm màu 4** (IOTA). Không dịch ổ chậu.

CA125 là **102** U/mL.

### Câu hỏi 1:

- Về khối u buồng trứng của bà P., định hướng nào là phù hợp?
  - Cấu trúc cơ năng của buồng trứng
  - Cấu trúc thực thể không tân lập ở phần phụ
  - Cấu trúc thực thể tân lập khả năng cao là ác tính**
  - Cấu trúc thực thể tân lập khả năng cao là lành tính

### Câu hỏi 2:

- Làm cách nào để nhận định lành-ác trong trường hợp của bà P.?
  - Dùng IOTA easy descriptors**
  - Dùng IOTA simple rules
  - Dùng IOTA ADNEX model

### Câu hỏi 3:

- Hãy đánh giá kết quả siêu âm khối u buồng trứng của bà P. theo các qui tắc đơn giản của IOTA?
  - Có 2 B-rules, 0 M-rules
  - Có 1 B-rules, 0 M-rules
  - Có 0 B-rules, 1 M-rules
  - Có 0 B-rules, 2 M-rules**

**Câu hỏi 4:**

4. Hãy dùng ADNEX-model, và cho biết hướng quản lý nào là phù hợp cho bệnh lý của bà P.? Lí giải.
- Theo dõi, không can thiệp
  - Dự kiến sẽ điều trị nội khoa
  - Dự kiến sẽ phẫu thuật nội soi
  - Dự kiến sẽ phẫu thuật mổ bụng hở**

**TÌNH HUỐNG 4: NANG BUỒNG TRỨNG KHÔNG TRIỆU CHỨNG**

Cô D., 32 tuổi, PARA 2002, con út 4 tuổi, đến để khám phụ khoa định kỳ.

Đang tránh thai bằng viên thuốc tránh thai nội tiết phối hợp.

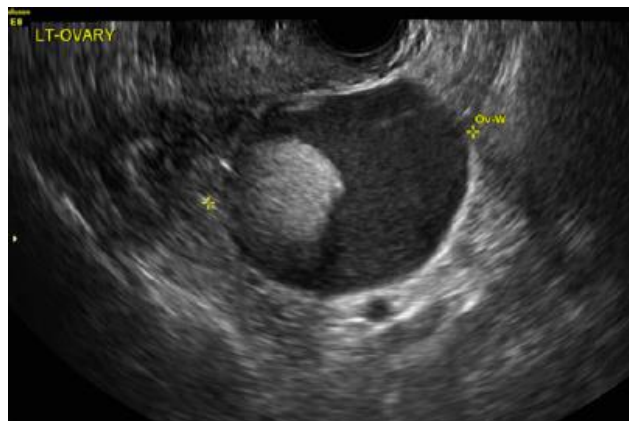
Tiền sử nội, ngoại khoa, phụ khoa không ghi nhận bất cứ bất thường nào.

Khám摸 vệt: cổ tử cung hồng láng.

Khám âm đạo: tử cung ở thể trung gian kích thước, mật độ, di động bình thường, chạm lắc không đau. Phần phụ phải không sờ thấy, phần phụ trái có khối d 6 cm x 6 cm x 6 cm, di động, không đau. Túi cùng sau trống, không đau.

Siêu âm Doppler (ngày thứ 5 của chu kỳ), thấy tử cung dAP 38 mm, cấu trúc đồng nhất, bề dày nội mạc 5 mm. Buồng trứng phải bình thường.

Buồng trứng trái có một nang đơn thùy, d 62 mm x 55 mm x 60 mm, không chồi, không vách, bên trong có một vùng phản âm đầy sáng, có bóng lưng, điểm màu 1 (IOTA). Không dịch báng.

**Câu hỏi 1:**

1. Về khối u buồng trứng của cô D., định hướng nào là phù hợp?
- Cấu trúc cơ năng của buồng trứng
  - Cấu trúc thực thể không tân lập ở phần phụ
  - Cấu trúc thực thể tân lập khả năng cao là ác tính
  - Cấu trúc thực thể tân lập khả năng cao là lành tính**

**Câu hỏi 2:**

2. Làm cách nào để nhận định bản chất khối u trong trường hợp của cô D.?
- Dùng IOTA easy descriptors**
  - Dùng IOTA simple rules
  - Dùng IOTA ADNEX model

**IOTA “easy descriptors”**

MD1: Khối u với dịch báng và điểm màu trung bình trở lên ở phụ nữ sau mãn kinh

MD2: Phụ nữ > 50 tuổi và CA125 > 100 U/mL

BD1: Nang đơn thùy dạng kính mờ trên người chưa mãn kinh

BD2: Nang đơn thùy phản âm hỗn hợp có bóng lưng trên người chưa mãn kinh

BD3: Nang đơn thùy phản âm trống thành trơn láng kích thước < 10 cm

BD4: Nang đơn thùy còn lại với thành trơn láng

**Câu hỏi 3:**

3. Căn cứ vào các dữ kiện đã có, hướng quản lý nào là phù hợp cho bệnh lý của cô D.? Lí giải.
- Theo dõi, không can thiệp**
  - Dự kiến sẽ điều trị nội khoa
  - Dự kiến sẽ phẫu thuật nội soi**
  - Dự kiến sẽ phẫu thuật mổ bụng hở

**TÌNH HUỐNG 5: MÃN KINH**

Bà Y. 55 tuổi, PARA 2002, đến khám vì tình cờ siêu âm thấy nang buồng trứng.

Hành kinh bình thường lần cuối được 9 tháng. Bà thường xuyên có triệu chứng bốc hỏa.

Co-testing khi khám phụ khoa định kỳ lần cuối [-].

Lâm sàng không ghi nhận bất thường.

Phát hiện nang buồng trứng một cách tình cờ khi siêu âm.

Siêu âm: tử cung bình thường. Buồng trứng trái bình thường. Nang đơn thùy buồng trứng phải, d 40 mm, bờ ngoài đều, thành đều, không chồi, không vách, không dịch báng, **điểm màu 1** (IOTA).

CA125 17 U/mL.

**Câu hỏi 1:**

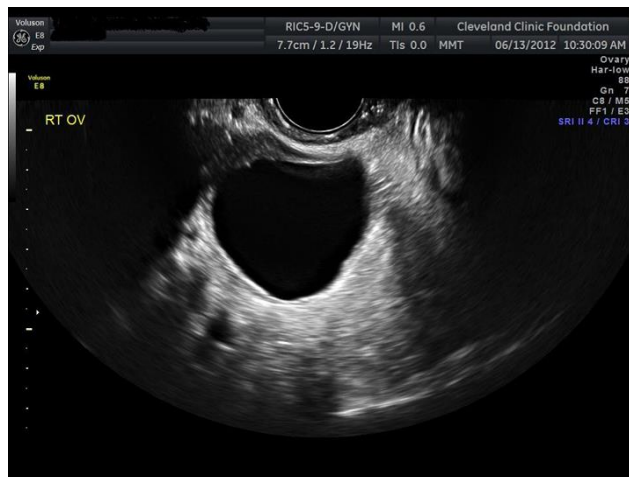
1. Về khối cấu trúc nang ở buồng trứng của bà Y., định hướng nào là phù hợp?
  - a. Cấu trúc cơ năng của buồng trứng
  - b. Cấu trúc thực thể không tân lập ở phần phụ
  - c. Cấu trúc thực thể tân lập khả năng cao là ác tính
  - d. Cấu trúc thực thể tân lập khả năng cao là lành tính
  - e. Chưa đủ thông tin giúp phân định hay định hướng

**Câu hỏi 2:**

2. Làm cách nào để nhận định bản chất khối u trong trường hợp của bà Y.?
  - a. Dùng IOTA easy descriptors
  - b. Dùng IOTA simple rules
  - c. Dùng IOTA ADNEX model
  - d. Cần thêm các bio-markers

**Câu hỏi 3:**

3. Căn cứ vào các dữ kiện đã có, hướng quản lý nào là phù hợp cho bệnh lý của bà Y.? Lý giải.
  - a. Theo dõi, không can thiệp
  - b. Dự kiến sẽ điều trị nội khoa
  - c. Dự kiến sẽ phẫu thuật nội soi
  - d. Dự kiến sẽ phẫu thuật mở bụng hở







## Bài ứng dụng

# Quản lý các vấn đề thường gặp ở tuyến vú. Tầm soát ung thư vú

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: BI-RADS-4C

Bà G. 45 tuổi, PARA 2022, đến vì cảm nhận thấy có một khối ở vú trái trong khi thực hiện tự nhận thức về vú.

Lần có thai cuối cùng bị sảy cách nay 5 năm. Con nhỏ 12 tuổi. Cho bú mẹ, nhưng ngưng sau 2 tháng vì không có sữa.

Bà G. đang tránh thai bằng COC.

Cha ruột của bà G. đã từng phẫu thuật ung thư trực tràng.

Bà G. thường xuyên tự khám vú. Khối u được phát hiện tình cờ, không kèm theo bất cứ triệu chứng nào khác.

Khám lâm sàng thấy hai vú có kích thước tương đối to. Sờ thấy có một khối d 2 cm x 2 cm x 2 cm ở ¼ trên trong vú trái, không thấy dính, không hạch nách.

#### Câu hỏi 1:

1. Khảo sát nào tiếp theo sẽ là phù hợp cho mục đích chẩn đoán nhất?
  - a. Siêu âm vú
  - b. Chụp nhũ ảnh
  - c. Cộng hưởng từ vú
  - d. Cả 3 cách trên có giá trị tương đương, chỉ khác nhau về thành giá

#### Câu hỏi 2:

2. Khảo sát đã thực hiện xác nhận một tổn thương vú trái xếp loại BI-RADS-4C. Hành động tiếp theo nào là hợp lý?
  - a. FNA
  - b. Core biopsy
  - c. Sinh thiết trọn u
  - d. Khám lại sau 6 tháng

#### Câu hỏi 3:

3. Trong khi chờ đợi, cần nói gì với bà ta về việc bà đang dùng COC?
  - a. Có thể tiếp tục COC trong khi chờ đợi, 90-98% trường hợp tương tự có điều kiện dùng loại 1
  - b. Có thể tiếp tục COC trong khi chờ đợi, 90-98% trường hợp tương tự có điều kiện dùng loại 2
  - c. Phải ngưng ngay COC trong khi chờ đợi, 50-95% trường hợp tương tự có điều kiện dùng loại 3
  - d. Phải ngưng ngay COC trong khi chờ đợi, 50-95% trường hợp tương tự có điều kiện dùng loại 4

### TÌNH HUỐNG 2: BI-RADS-2

Bà X. 30 tuổi, PARA 1001, đến vì tự sờ thấy một khối ở vú phải trong khi thực hiện tự nhận thức về vú.

Con nhỏ 2 tuổi. Cho con bú mẹ hoàn toàn, ngưng khi con được 12 tháng tuổi.

Bà X. đang tránh thai bằng POP.

Tiền sử gia đình không ai mắc ung thư vú, hay ung thư buồng trứng hay trực tràng.

Bà X. thường xuyên tự khám vú. Khối u được phát hiện tình cờ, không kèm theo bất cứ triệu chứng nào khác.

Khám lâm sàng thấy hai vú có kích thước nhỏ. Sờ thấy rất dễ dàng một khối d 2 cm x 2 cm x 2 cm ở ¼ trên trong vú phải, không thấy dính, không hạch nách.

Bà được siêu âm vú. Kết quả xác nhận bà X. có một tổn thương vú phải dạng nang, xếp loại BI-RADS-2.



**Câu hỏi 1:**

1. Khảo sát nào tiếp theo sẽ là phù hợp cho mục đích chẩn đoán nhất?
  - a. FNA
  - b. Core biopsy
  - c. Sinh thiết trọn u
  - d. Theo dõi đơn thuần

**Câu hỏi 2:**

2. Sau tư vấn, người ta đã làm FNA. Kết quả xác nhận một tổn thương dạng nang lạnh tính. Cần làm gì tiếp theo?
  - a. Chấm dứt theo dõi
  - b. Hẹn khám định kỳ
  - c. Progesterone tại chỗ
  - d. Phẫu thuật bóc nang

**Câu hỏi 3:**

3. Trong thời gian tới, bà X. có thể tiếp tục dùng POP không? Lý giải
  - a. Có thể tiếp tục POP, vì trong trường hợp này POP có điều kiện dùng loại 1
  - b. Có thể tiếp tục POP, vì trong trường hợp này POP có điều kiện dùng loại 2
  - c. Phải ngưng dùng POP, vì trong trường hợp này POP có điều kiện dùng loại 3
  - d. Phải ngưng dùng POP, vì trong trường hợp này POP có điều kiện dùng loại 4

**TÌNH HUỐNG 3: EMBEVIN**

Bà U., 37 tuổi, PARA 1001, đến khám vì đau tuyến vú.

Con út 10 tuổi. Không tiền sử bản thân hay gia đình đặc biệt.

Hai tuần trước, bà bắt đầu tránh thai bằng thuốc viên tránh thai progesterone đơn thuần hiệu Embevin®. Cảm thấy đau căng tức vú nhiều chỉ mới vài hôm nay. Không triệu chứng cơ năng nào khác. Trước khi uống Embevin®, bà U. chưa bao giờ bị đau vú nhiều như vậy.

Khám vú cảm nhận có một khối đặc, nhỏ, di động ở vú phải.

Siêu âm: vú phải có khối 0.5 cm x 0.5 cm x 0.5 cm, BI-RADS-2, có đặc điểm hình ảnh phù hợp với u sợi-tuyến tuyến vú.

**Câu hỏi 1:**

1. Về tình trạng đau vú của bà U., lý giải nào là hợp lý?
  - a. Là dấu hiệu của tình trạng cường estrogen
  - b. Là dấu hiệu của tình trạng cường progesterone
  - c. Là triệu chứng cơ năng của khối u sợi-tuyến
  - d. Là triệu chứng của bệnh vú thay đổi sợi-bọc

**Câu hỏi 2:**

2. Bà U. có cần thực hiện thêm thăm dò nào khác không??
  - a. FNA
  - b. Nhũ ảnh
  - c. Core biopsy
  - d. Không làm gì thêm

**Câu hỏi 3:**

3. Bà U. nên tiếp tục tránh thai ra sao?
  - a. Ngưng tránh thai nội tiết, chuyển sang tránh thai không dùng nội tiết
  - b. Ngưng tránh thai bằng POP, chuyển sang tránh thai bằng nhóm LASDS
  - c. Ngưng tránh thai bằng POP, chuyển sang tránh thai bằng nhóm COCs
  - d. Tiếp tục Embevin®, tư vấn về đau vú, dùng progesterone tại chỗ nếu cần

**TÌNH HUỐNG 4: MẸ VÀ CHỊ TÔI ĐỀU BỊ UNG THƯ**

Bà S., 35 tuổi, độc thân, đến khám vì muốn được thực hiện tầm soát ung thư vú.

Mẹ ruột của bà bị ung thư vú ở tuổi 55. Chị ruột, 37 tuổi, thì đang được hóa trị ung thư tuyến dịch nhầy buồng trứng.

Bà cao 158 cm, nặng 72 kg, mặc áo ngực size khổng lồ. Kinh lần đầu năm 11 tuổi. Chu kỳ kinh 45-60 ngày.

Bà S. vừa được siêu âm vú, với kết quả âm tính với tổn thương tuyến vú.





**Câu hỏi 1:**

1. Hãy dùng mô hình Clausss để tính nguy cơ ung thư vú của bà S.
  - a. Cao
  - b. Bình quân
  - c. Thấp

**Câu hỏi 2:**

2. Hãy dùng mô hình Gail để tính nguy cơ ung thư vú của bà S.
  - a. Cao
  - b. Bình quân
  - c. Thấp

**Câu hỏi 3:**

3. Hôm nay, sau khi đã thực hiện xong siêu âm, cần nói gì với bà ta?
  - a. Sẽ tiếp tục tầm soát định kỳ bằng khám vú
  - b. Sẽ tiếp tục tầm soát định kỳ bằng nhũ ảnh
  - c. Sẽ tiếp tục tầm soát định kỳ bằng siêu âm
  - d. Sẽ tiếp tục tầm soát định kỳ bằng MRI
  - e. Trước tiên cần tìm các đột biến *BRCA*

**Câu hỏi 4:**

4. Bà S. hỏi rằng do vú bà rất to và thường xuyên đau, nên thời điểm nào là lý tưởng nhất để làm test tầm soát?
  - a. Bất cứ lúc nào
  - b. Khi vừa sạch kinh
  - c. Trong pha noãn nang
  - d. Trong pha hoàng thể

**TÌNH HUỐNG 5: MÁY ÉP NƯỚC MÍA**

Bà N., 50 tuổi, PARA 2012, đến để khám vú định kỳ hằng năm.

Có kinh lần đầu năm 12 tuổi. Sinh con đầu năm 30 tuổi. Tiền căn gia đình không có ai bị ung thư.

Bà N. đã từng trải nghiệm cảm giác đau khi chụp nhũ ảnh. “*Hồi năm rồi, tôi cũng có chụp nhũ ảnh rồi. Lần đó, người ta lấy cái máy để ép vú tôi như ép mía làm nước mía vậy*”. Vì thế, bà muốn được tầm soát bằng cách khác, thay vì nhũ ảnh.

Bà N., cũng mong muốn được tầm soát với nhịp độ thưa hơn, thay cho việc phải chụp nhũ ảnh hàng năm vì sợ đau, và vì kết quả nhũ ảnh thực hiện một năm trước là BI-RADS 1.

**Câu hỏi 1:**

1. Hãy dùng các mô hình Clausss và mô hình Gail để tính nguy cơ ung thư vú của bà N.
  - a. Cao
  - b. Bình quân
  - c. Thấp

**Câu hỏi 2:**

2. Ở bà N., liên quan đến câu hỏi về phương tiện tầm soát, khảo sát nào là phù hợp với nguy cơ tính được?
  - a. Tư vấn vẫn tiếp tục tầm soát bằng nhũ ảnh
  - b. Có thể chuyển sang tầm soát bằng siêu âm
  - c. Có thể chuyển sang tầm soát bằng MRI

**Câu hỏi 3:**

3. Ở bà N., liên quan đến câu hỏi về giãn cách nhịp độ tầm soát do đã từng có BI-RADS 1, cần trả lời ra sao?
  - a. Có thể chấp nhận tầm soát với nhịp điệu thưa hơn
  - b. Phải thực hiện tầm soát với nhịp điệu tiêu chuẩn
  - c. Còn tùy thuộc phương tiện dùng cho tầm soát



## Bài ứng dụng

**Thực hành tránh thai**

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 Phụ Sản, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

**TÌNH HUỐNG 1: Ở ĐẦU VỈ THUỐC COCs**

Bà G. 28 tuổi, bắt đầu tránh thai bằng COCs 20 µg. Do mới dùng thuốc, nên bà ta chưa có thói quen uống thuốc.

Bà ta đã uống được 6 viên, kể từ ngày thứ nhất của kỳ kinh này. Hôm nay là ngày thứ 9 của kỳ kinh.

Sáng nay, bà ta phát hiện rằng bà ta đã quên không uống thuốc 2 đêm liên tiếp, là đêm hôm qua và đêm hôm trước nữa. Theo hướng dẫn, bà ta uống bù ngay viên thuốc bị quên và đến gặp nhân viên y tế ngay.

Trong cả hai ngày quên thuốc, bà ta đều có thực hiện giao hợp, và tất cả đều không dùng bao cao su.

**Câu hỏi 1:**

- Hãy đánh giá nguy cơ có thai của bà ta?
  - Nguy cơ có thai ngoài ý muốn là cao
  - Nguy cơ có thai ngoài ý muốn là thấp
  - Thiếu dữ kiện để nhận định nguy cơ

**Câu hỏi 2:**

- Bà G. được hướng dẫn là sẽ phải uống viên thuốc đêm nay như thường lệ. Ngoài ra, nếu có quan hệ tình dục trong những ngày sắp tới thì bà G. có cần dùng thêm bao cao su không? Lí giải
  - Có, vì nguy cơ có thai ngoài ý muốn trong những ngày sắp tới là cao
  - Không, vì nguy cơ có thai ngoài ý muốn trong những ngày sắp tới là thấp

**TÌNH HUỐNG 2: Ở CUỐI VỈ THUỐC COCs**

Bà L. 28 tuổi, đã thực hiện tránh thai bằng COCs 30 µg từ nhiều năm nay. Vỉ thuốc này bà ta đã uống được 16 viên. Hôm nay là ngày thứ 18 của vỉ thuốc.

Sáng nay, bà ta phát hiện rằng bà ta đã quên không uống thuốc 2 đêm liên tiếp, là đêm hôm qua và đêm hôm trước nữa. Theo hướng dẫn, bà ta uống bù ngay viên thuốc bị quên và đến gặp nhân viên y tế ngay.

Trong cả hai ngày quên thuốc, bà ta đều có thực hiện giao hợp, và tất cả đều không dùng bao cao su.

**Câu hỏi 1:**

- Hãy đánh giá nguy cơ có thai của bà ta?
  - Nguy cơ có thai ngoài ý muốn là cao
  - Nguy cơ có thai ngoài ý muốn là thấp
  - Thiếu dữ kiện để nhận định nguy cơ

**Câu hỏi 2:**

- Bà L. được hướng dẫn là sẽ phải uống viên thuốc đêm nay như thường lệ. Ngoài ra, nếu có quan hệ tình dục trong những ngày sắp tới thì bà L. có cần dùng thêm bao cao su không? Lí giải
  - Có, vì nguy cơ có thai ngoài ý muốn trong những ngày sắp tới là cao
  - Không, vì nguy cơ có thai ngoài ý muốn trong những ngày sắp tới là thấp

**Câu hỏi 3:**

- Nếu đêm nay bà ta uống tiếp vỉ thuốc, thì khi hết vỉ thuốc hiện tại, bà ta sẽ uống vỉ thuốc mới khi nào? Lí giải
  - Ngay sau khi hết vỉ thuốc hiện tại, bỏ qua khoảng nghỉ
  - Nghỉ thuốc 7 ngày, giống như mọi chu kì khác trước đó
  - Nghỉ thuốc, chờ có kinh, rồi bắt đầu vỉ mới vào ngày 1<sup>st</sup>

**TÌNH HUỐNG 3: AUB-I DO COCs**

Bà A. 26 tuổi, đến vì có tác dụng phụ khi dùng viên nội tiết phối hợp tránh thai (COCs).

Tiền sử không ghi nhận yếu tố nào đặc biệt. Mong muốn tránh thai hiệu quả để học xong sau đại học, trong 2 năm.

3 tháng trước, bà A. đã bắt đầu tránh thai bằng COCs 20 µg. Trong thời gian uống thuốc, bà uống thuốc rất đúng cách. Tuy nhiên, bà thường xuyên bị đau vú, và có các đợt ngắn một vài ngày bị chảy máu âm đạo từng ít một. Còn vài ngày nữa là hết vì thuốc thứ ba. Hôm nay, bà đến để tư vấn trước khi bắt đầu vì thuốc thứ tư.

Khám lâm sàng: BMI 21 kg/m<sup>2</sup>. Khám phụ khoa không có dấu hiệu bất thường.

**Câu hỏi 1:**

- Về những than phiền của bà A., lí giải nào là phù hợp?
  - Nồng độ estrogen quá thấp
  - Cường estrogen tương đối**
  - Nồng độ progestin quá thấp
  - Cường progesterone tương đối

**Câu hỏi 2:**

- Có cần phải điều chỉnh gì trong việc dùng COCs của bà A. không?
  - Không. Chỉ cần tư vấn thêm về tác dụng phụ
  - Có, bà ta nên chuyển sang dùng COCs 30 µg**
  - Có, bà ta nên chuyển sang dùng COCs 15 µg
  - Có, bà ta nên ngưng hẳn tránh thai bằng COCs

**TÌNH HUỐNG 4: DEPOT MEDROXY PROGESTERONE ACTATE**

Bà B. 30 tuổi, PARA 2002, con út 5 tuổi, đến vì xuất huyết tử cung bất thường trong thời gian tiêm DMPA tránh thai.

Không có tiền sử gì đặc biệt. Chu kỳ kinh trước nay đều.

Bắt đầu mũi tiêm DMPA đầu tiên 3 tháng trước. Hôm nay là ngày hẹn tiêm mũi thứ nhì.

Kể từ vài tuần nay, bà thường xuyên có những đợt chảy máu âm đạo bất thường, chủ yếu là xuất huyết điểm, dính băng.

Khám phụ khoa không ghi nhận bất thường ở tử cung và 2 phần phụ.

Siêu âm không ghi nhận bất thường ở tử cung và 2 phần phụ. Nội mạc tử cung 5 mm, phản âm không đều.

**Câu hỏi 1:**

- Để xử lí tình trạng xuất huyết tử cung bất thường ở bà B., biện pháp nào là phù hợp?
  - Estrogen ngoại sinh liều thấp
  - Kháng viêm không steroids**
  - Acid tranexamic (transamin)
  - Combined Oral Contraceptive
  - Các phương án trên đều phù hợp

**Câu hỏi 2:**

- Bà B. có cần phải ngưng dùng DMPA không?
  - Có. Bà ta nên chuyển sang một phương pháp khác
  - Không, chỉ cần tư vấn về hiệu quả và tác dụng phụ**

**TÌNH HUỐNG 5: IUS-LNG HẾT HẠN**

Bà S., 48 tuổi, PARA 2002, đến để thay mới IUS-LNG hết hạn. Đây là đã là IUS-LNG thứ nhì của bà S.

Kể từ khi đặt IUS-LNG cho đến nay, bà không có bất kỳ khó chịu nào. Trong vài tháng đầu sau đặt, bà có bị xuất huyết điểm, ngoài các lần hành kinh của các chu kỳ 25 ngày. Hiện tại, bà hài lòng vì không có kinh lẫn không chảy máu nữa, trong 18 tháng gần đây.

**Câu hỏi 1:**

- Trong các giải thích sau về tình trạng không có kinh ở bà S., giải thích nào có tính thuyết phục kém nhất??
  - Do hoạt động của buồng trứng bị ức chế bởi LNG
  - Do bà S. đang ở giai đoạn mãn kinh đã xác lập
  - Do bà S. đang ở giai đoạn muộn của tiền mãn kinh
  - Do bà S. có thai khi đang mang LNG-IUS**

**Câu hỏi 2:**

2. Có cần thiết phải thay mới IUS-LNG cho bà S. không?
  - a. Sẽ phải thay IUS-LNG mới, do phải tuân thủ khuyến cáo của nhà sản xuất
  - b. Sẽ phải thay IUS-LNG mới, do không thể biết khi nào bà S. mới mãn kinh
  - c. Không tháo cũng không thay, vì có thể dùng như IUD trở đến khi mãn kinh
  - d. Chắc chắn là không đặt mới, nhưng tháo hay không thì cần có thêm thông tin

**TÌNH HUỐNG 6: EMERGENCY CONTRACEPTIVE PILLS: MIFEPRISTONE vs LEVONORGESTREL**

Cô K. 19 tuổi, PARA 0000, đến để tư vấn về tránh thai khẩn cấp.

Hiện tại, cô có quan hệ tình dục không thường xuyên với một bạn tình duy nhất.

Do quan hệ không thường xuyên, và do cô có các chu kỳ kinh rất đều, 28 ngày, nên cô K. thường dùng tránh thai khẩn cấp bằng nội tiết khi có quan hệ tình dục.

Hiện tại, cô đang ở **ngày thứ 15** của chu kỳ. **Hai ngày** trước, cô có dùng một viên **Postinor-1** để tránh thai.

Đêm nay, cô dự định có một giao hợp.

**Câu hỏi 1:**

1. Đêm nay cô K. có phải uống tránh thai khẩn cấp không? Lý giải
  - a. Có, vì viên thuốc trước không bảo vệ cho giao hợp đêm nay
  - b. Không, vì không được dùng hơn một viên thuốc trong chu kỳ
  - c. Không, vì vẫn còn trong thời gian 72-120 giờ sau uống thuốc
  - d. Không, vì giao hợp hôm nay đã nằm ngoài khoảng nguy cơ

**Câu hỏi 2:**

2. Nếu phải thực hiện tránh thai đêm nay, thì sẽ chọn giải pháp nào?
  - a. Giao hợp đêm nay là một giao hợp không có nguy cơ có thai
  - b. Chỉ có duy nhất tránh thai bằng rào chắn là được phép dùng
  - c. Có thể tùy chọn thuốc, cả Mifestad hay postinor đều được
  - d. Chỉ có một phương pháp duy nhất có thể dùng là Postinor

**TÌNH HUỐNG 7: THAY ĐỔI Ý ĐỊNH**

Cô Y., 22 tuổi, PARA 0000, vừa kết hôn đúng 1 năm, cùng đi với chồng, đến để tư vấn về phá thai nội khoa.

Hôm qua, cô Y. đến khám, được xác nhận là đang mang thai trong tử cung, thai sống, tuổi thai là đúng 6 tuần vô kinh.

Do có mâu thuẫn với chồng, cô đã quyết định phá thai. Hôm qua cô Y. đã uống một viên mifepristone 200 mg.

Đêm qua, sau khi nói chuyện với chồng, cả 2 rất ân hận. Vì thế sáng nay họ cùng đến để tìm cách cứu vãn tình hình.

Cô Y. cho biết có cảm giác trằn trọc bụng dưới từ sáng nay. Khám mô vệt thấy trong âm đạo có một ít huyết hồng

**Câu hỏi 1:**

1. Họ hỏi rằng có thể dừng tiến trình này lại được không. Cần trả lời ra sao?
  - a. Không. Tiến trình sảy đã bắt đầu thì không còn ngăn được nữa
  - b. Không. Tỷ lệ thai bị mắc dị tật sau khi uống mifepristone rất cao
  - c. Không chắc. Tiến trình sảy ít nhiều cũng bắt đầu sau mifepristone
  - d. Được. Chỉ không thể đảo ngược tình hình nếu đã dùng misoprostol

**Câu hỏi 2:**

2. Bất chấp những tư vấn của bạn, hai vợ chồng quyết định dừng tiến trình phá thai. Cần làm gì trước tiên?
  - a. Bắt đầu ngay progesterone liều cao
  - b. Xác định tính sinh tồn của phôi thai
  - c. Xác định dị tật thai sau mifepristone
  - d. Thuyết phục tiếp tục tiến trình phá thai