

# RAT 4

---

## I/ XH quanh tuổi dậy thì

Trẻ dậy thì: buồng trứng tốt nhưng hạ đồi chưa ổn định # tiền mãn kinh: buồng trứng suy yếu  
Định nghĩa kinh nguyệt: là hiện tượng ra máu âm đạo có chu kỳ, ổn định trong thời kỳ sinh sản của người phụ nữ → nếu nội mạc chỉ chịu tác động của E mà ko có P, gây ra huyết âm đạo bất thường thì ko gọi là kinh nguyệt

Hoàn thể bất toàn: chức năng hoạt động của hoàng thể chưa đầy đủ; có phóng noãn, nhưng LH không kích thích đầy đủ trong pha hoàng thể để đảm bảo pha hoàng thể kéo dài 14 ngày → bé dậy thì có **pha hoàng thể bị ngắn lại**

Ở người phụ nữ trưởng thành: Xung GnRH: ở đầu chu kỳ thì biên độ thấp, tần suất thưa, kích thích tuyến yên tiết FSH; ở giữa chu kỳ biên độ càng cao, tần suất càng nhiều (do feedback dương của estrogen), tạo đỉnh LH ở giữa chu kỳ

Điều trị

- Điều trị gây phóng noãn: dùng GnRH, FSH, LH: mắc tiền, không khả thi do GnRH phải tiêm thành xung mỗi 90', có thể có tai biến (hội chứng quá kích buồng trứng - nhiều nang noãn cùng phát triển thành nang trội, có thể gây tắc mạch, tràn dịch màng tim/phổi, gây tử vong) → chả ai dùng cả
- Điều trị triệu chứng bằng proges, chờ trực tự ổn định chức năng

Dậy thì sớm: là trực trưởng thành sớm, làm bé gái hành kinh trước 9 tuổi. Kích thích phóng noãn dùng FSH ngoại sinh, đưa vào buồng trứng, đâu có gây trực hạ đồi tuyến yên trưởng thành sớm đâu, nên ko gây dậy thì sớm

## II/ Rối loạn chức năng hạ đồi

Rối loạn chức năng hạ đồi:

- do không có GnRH hoặc có GnRH mà ko có xung.
- Trong độ tuổi sinh sản, thường nhất là do chán ăn sinh lý, vận động viên vận động quá mức, viêm màng não
- GnRH mỗi xung cách nhau 90'; do đó điều trị dùng bơm GnRH mỗi 90' chích 1 lần: BN khó chịu, mắc tiền

Điều trị:

- Nếu muốn có con: kích thích phóng noãn bằng GnRH hoặc FSH/LH (mắc tiền hơn, 20 triệu/chu kỳ)
- Nếu chỉ muốn có kinh, tránh tác dụng phụ của thiếu estrogen: dùng estrogen và proges là ok rồi

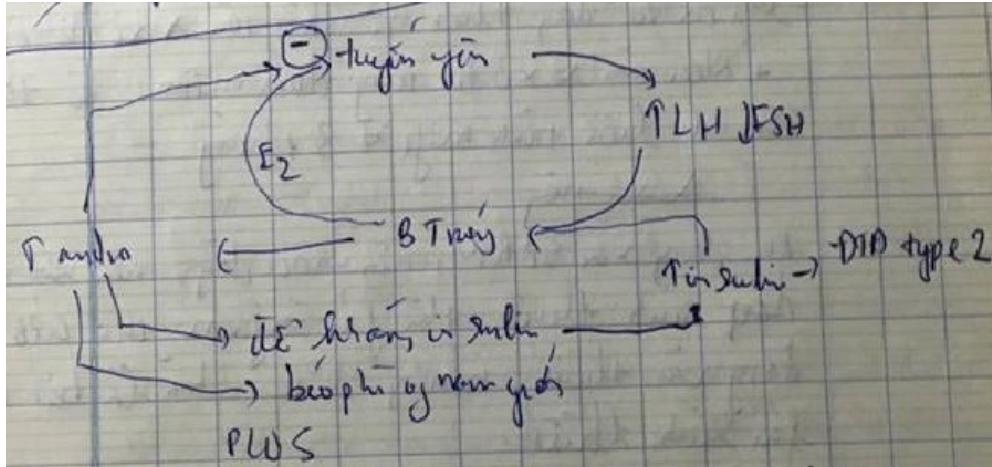
## III/ PCOS

Không phóng noãn có 3 nhóm nguyên nhân:

- suy hạ đồi, tuyến yên
- ở buồng trứng: hết trứng như trong trường hợp mãn kinh, suy buồng trứng
- PCOS: cơ chế chưa rõ, do rối loạn chức năng ở trục hạ đồi – tuyến yên – buồng trứng; khi đó thứ tự tương tác theo trục này ko còn nữa

PCOS gặp 7-10% phụ nữ trong độ tuổi sinh sản; chỉ có ở trên người, nên nghiên cứu cơ chế bệnh sinh rất khó khăn. Các cơ chế giả thuyết

- Cơ chế đề kháng insulin
- Cơ chế rối loạn trong nội tại buồng trứng



Cấu trúc testosterone tương đồng với proges → tất cả các proges đều tác động lên thụ thể testos theo hướng kích hoạt hay phong bế. cyproterone acetate (CPA) là phong bế  
 Định nghĩa giới tính: phải theo kiểu gen. VD: hội chứng ko đáp ứng với testosterone có kiểu hình là nữ mà gen là nam → vẫn là nam; hội chứng này biểu hiện y chang đột biến microdeletion của gen xác định giới tính Y

#### IV/ XH sau mãn kinh:

- Do viêm teo nội mạc: ko xài nội tiết tố, chỉ cần cầm máu bằng tranxaminase là được
- Do bất thường nội mạc tử cung: xử trí giống K

#### V/ RL phóng noãn

Nhận biết rối loạn phóng noãn mãn tính

- Chu kỳ kinh không đều (có chu kì kinh đều là kết quả của có phóng noãn)
- Tuổi: nghĩ đến nguyên nhân của không phóng noãn
  - Bé gái 11-12 tuổi có kinh vài ba chu kỳ rồi ngưng: nghĩ rối loạn phóng noãn do trục chưa hoàn thiện
  - Người quanh độ tuổi mãn kinh, 90 ngày ko có kinh (vô kinh): do rối loạn tiền mãn kinh (giảm số lượng nang trứng)
  - Tuổi sinh sản: có thai, hội chứng buồng trứng đa nang...

#### VI/ Tăng sinh nội mạc tử cung

Tăng sinh nội mạc tử cung không điển hình: cho progestin và nạo kiểm tra mỗi 3 tháng, nếu **nội mạc** trở về bình thường về mặt mô học, **vẫn phải theo dõi** (do tăng sinh nội mạc có thể tái phát): bắt đầu bằng lâm sàng, siêu âm phụ khoa đo bề dày nội mạc tử cung; nếu dày lại thì có thể sinh thiết lại

**APP**

TÌNH HUỐNG 1: ỐNG PIPELLE

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

dài đã 9 ngày nay.

Khoảng gần 1 năm nay chu kỳ kinh của bà cứ ngắn dần, hiện chỉ còn khoảng 23 ngày. Thêm vào đó, thỉnh thoảng ra máu giữa 2 lần hành kinh, kéo dài vài ngày rồi tự hết. Gần đây, lượng máu mỗi lần hành kinh ít đi thấy rõ, chỉ ra kinh 12 ngày và có tháng không ra kinh.

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

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

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

Bạn làm gì?

- A. Nên cho progestin 1014 ngày mỗi tháng, vào nửa sau chu kỳ
- B. Nên đặt dụng cụ tử cung phóng thích levonorgestrel (IUSLNG)
- C. Nên nội soi buồng tử cung trước khi ra quyết định điều trị
- D. Nên siêu âm bơm nước buồng tử cung trước khi ra quyết định điều trị
- E. Nên thực hiện nong và nạo sinh thiết trước khi ra quyết định điều trị
- F. Nên thực hiện soi buồng tử cung cắt đốt phá hủy nội mạc tử cung

**Đáp án: C hoặc E**

- Đối với xuất huyết/BN tiền mãn kinh: phải loại trừ K trước rồi mới đc điều trị nội tiết tố
- Ca này chưa loại trừ đc K do pipelle có thể (-) giả khi K khu trú, siêu âm qua ngã âm đạo khó thấy tổn thương khu trú trên nội mạc dày → cas này có thể làm siêu âm bơm nước do BN 2 tuần rồi mà còn ra huyết. Nó ko giúp loại trừ hay chẩn đoán K nội mạc tử cung, mà chỉ để khảo sát tổn thương khu trú như u xơ, polyp.
- 1 vài bệnh viện có thể nội soi buồng tử cung bằng ống soi mềm (rất nhỏ) ngay tại phòng khám, ko cần gây tê, nhưng ko sinh thiết đc. Ở các bệnh viện này có thể dùng soi buồng tử cung để thay cho SIS, như vậy sẽ cho hình ảnh rõ hơn
- Nếu SIS và soi ko có tổn thương khu trú thì điều trị thử luôn. Sau khi dùng progestin 3 tháng sẽ siêu âm lại coi nội mạc mỏng đi ko, nếu còn dày thì sinh thiết lại

BN này phơi bày cả năm với estrogen đơn độc, ko rụng trứng nên nội mạc dày là đúng rồi, hên là chưa tăng sinh đó

## TÌNH HUỐNG 2: MIFEPRISTONE

Bà B. 40 tuổi, PARA 2002, con nhỏ 15 tuổi, đến tái khám theo hẹn vì đang điều trị u xơ tử cung. Cách nay 3 tháng, bà B. có đến khám vì ra huyết âm đạo bất thường 2 lần. Khi đó, bà được khám, siêu âm và chẩn đoán là ra huyết do u xơ tử cung dưới niêm mạc, loại S2 theo FIGO, d = 2 cm. Lúc bấy giờ, nội mạc = 7 mm. Bà được tiến hành điều trị bằng Mifepristone 2.5 mg mỗi ngày. Sau khi thực hiện điều trị, bà B. không còn chảy máu nữa, và đến khám theo hẹn. Bà B. có kinh lần cuối cách nay 2 tuần. Khám thấy tử cung hơi to, di động tốt. Siêu âm ghi nhận tử cung có dAP = 48 mm, nội mạc 12 mm, không bất thường trên 2 phần phụ.

Bạn sẽ làm gì cho bà B. hôm nay?

- A. Mọi việc ổn. Không cần khảo sát thêm. Duy trì mifepristone
- B. Nội mạc dày. Sinh thiết Pipelle. Duy trì mifepristone nếu bình thường
- C. Nội mạc dày. Soi buồng tử cung. Duy trì mifepristone nếu bình thường
- D. Nội mạc dày. Nạo sinh thiết. Duy trì mifepristone nếu bình thường
- E. Tạm ngưng mifepristone. Sẽ cho lại khi nội mạc trở về bình thường

#### F. Ngưng mifepristone. Chuyển sang dùng dụng cụ tử cung phóng thích LNG

Xử trí:

- Ngưng mife do hiện tại BN ổn, hết chảy máu  
Mục tiêu cho mife là hết chảy máu, chứ đâu hết u xơ. Liệu trình 3-6 tháng. Giờ điều trị 3 tháng rồi, hết chảy máu rồi thì ngưng thuốc thôi. Có cho thuốc lại hay ko? Chứng nào chảy máu lại mới cho thuốc lại
- Siêu âm lại vào ngày 4-6 của chu kỳ sau, đánh giá coi nội mạc có dày thật sự ko  
Khi đang xài SPRM, nội mạc sẽ dày lên. Không bắt buộc phải sinh thiết; nếu sinh thiết thì phải thông báo cho GPB là đang xài thuốc

U xơ: FIGO 0, 1 ưu tiên điều trị bằng phẫu thuật; FIGO 2 cũng có thể phẫu thuật nhưng vùng mổ ko lý tưởng, 70% chìm ở dưới

Người trong độ tuổi sinh sản nội mạc 10mm là dày; mang thai 19-20mm vẫn ok. Mãn kinh nội mạc chỉ 4-5mm thôi

#### TÌNH HUỐNG 4: DẬY THÌ?

Bé D. 8 tuổi, được mẹ đưa đến bệnh viện khám vì có kinh. Từ nhỏ đến giờ, bé không có bất thường gì về tăng trưởng và tâm thần vận động. Vài tháng nay, tự dưng vú phát triển nhanh. Vài hôm nay, đột nhiên bé có chảy máu âm đạo. Bé được khám và được cho định lượng nội tiết. Khám ghi nhận chỉ có vú phát triển, không thấy hệ lông phát triển tương thích với vú.

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

Progesterone = 0.

Siêu âm thấy tử cung có dAP = 30 mm. Nội mạc tử cung 12 mm. Cạnh phải tử cung là một khối d = 5 cm, có nhiều thùy. Buồng trứng trái nhỏ, có cấu trúc bình thường của một trẻ 8 tuổi.

Bạn sẽ làm gì cho bé D.?

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

FSH, LH = 0 thì chưa dậy thì → loại câu A

Nghĩ u tế bào hạt của buồng trứng, tiết estrogen, phải cắt bỏ buồng trứng, ko thể chỉ điều trị progestin đc