

READINESS ASSURANCE TEST

1. Trong các yếu tố liệt kê sau, yếu tố nào là động lực làm cho vi nấm trong microbiota trở thành tác nhân gây bệnh?
 - a. Microbiota bình thường không có vi nấm. Hiện diện vi nấm trong microbiota là bệnh lý
 - b. Suy giảm miễn dịch toàn thân là một yếu tố quan trọng dẫn đến viêm âm đạo do nấm
 - c. Biến động pH âm đạo theo hướng pH cao là yếu tố thuận lợi của viêm âm đạo do nấm
 - d. Biến động pH âm đạo theo hướng pH thấp là yếu tố thuận lợi của viêm âm đạo do nấm
2. Quan điểm vi sinh học nào về kiểu trạng thái khuẩn hệ CST IV là chính xác?
 - a. CST IV là kiểu khuẩn hệ bệnh lý, vắng mặt khuẩn Lactobacilus sp. Tuy nhiên nó không có biểu hiện lâm sàng
 - b. CST IV là kiểu khuẩn hệ bệnh lý, pH kiềm do thiếu hụt acid lactic. Tuy nhiên nó không có biểu hiện lâm sàng
 - c. CST IV là kiểu khuẩn hệ bệnh lý, chủ đạo bởi vi khuẩn kỵ khí. Tuy nhiên nó không có biểu hiện lâm sàng
 - d. Dù thành phần khuẩn, lý tính âm đạo giống bacterial vaginosis, nhưng CST IV không phải là khuẩn hệ bệnh lý
3. Các khuẩn hệ âm đạo phổ biến (CST I, II) bảo vệ âm đạo bằng cơ chế chủ yếu nào?
 - a. Sản phẩm chuyển hóa của Lactobacilus sp đảm bảo duy trì được pH âm đạo ở mức thấp
 - b. Acid lactic, là một sản phẩm của khuẩn Lactobacilus sp, có tính chất kiềm khuẩn mạnh
 - c. Ưu thế tuyệt đối về số lượng của khuẩn Lactobacilus sp ức chế các vi khuẩn khác phát triển
 - d. Lactobacilus sp hoạt động như một kháng nguyên, tạo đáp ứng miễn dịch-vật chủ thuận lợi
4. Trong các tình trạng kể sau, tình trạng nào có liên quan rõ rệt nhất đến bacterial vaginosis tái phát?
 - a. Không định danh chính xác loại vi khuẩn
 - b. Không tiến hành điều trị cho (các) bạn tình
 - c. Không tìm cách xác định yếu tố thuận lợi
 - d. Không tiến hành điều trị bằng probiotics
5. Khi có viêm âm đạo do nấm không biến chứng, nên chọn phương tiện điều trị nào cho bệnh nhân?
 - a. Floconazole đường uống
 - b. Các -azole đường tại chỗ
 - c. Nystatin đường tại chỗ
 - d. Một trong ba điều trị trên
6. Nhóm bệnh nhân nào hưởng lợi nhiều nhất khi thực hiện tầm soát bằng co-testing thay vì bằng tế bào học đơn thuần?
 - a. Bệnh nhân có kết quả tế bào học là ASC-US
 - b. Bệnh nhân có kết quả tế bào học là LSIL
 - c. Bệnh nhân có kết quả tế bào học là HSIL
 - d. Mọi bệnh nhân đều hưởng lợi từ co-testing
7. Hệ thống phân loại phết tế bào cổ tử cung tầm soát ung thư Bethesda 2014 khác với hệ thống Bethesda 2001 ở điểm nào?
 - a. Phân loại bất thường tế bào lát
 - b. Phân loại bất thường tế bào tuyến

- c. Buộc phải thực hiện chung với HPV-DNA
 - d. Khác nhau về cả ba đặc điểm được liệt kê trên
8. Bắt buộc phải thực hiện điều gì trước khi tiến hành lấy mẫu tế bào cổ tử cung làm PAP test?
- a. Hỏi thông tin chi tiết tìm tiền sử, hành vi tình dục có nguy cơ
 - b. Hỏi thông tin chi tiết về quá trình tiêm phòng vaccine HPV
 - c. Hỏi thông tin chi tiết về các lần khảo sát tế bào học đã làm
 - d. Phải hỏi cả 3 thông tin trên, để có định hướng khi đọc lame
9. Tình huống viêm âm đạo nào cho phép tiến hành điều trị khi bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng, mà không bắt buộc phải có bằng chứng vi sinh học xác nhận sự có mặt của vi khuẩn gây bệnh?
- a. Viêm âm đạo do nấm
 - b. Bacterial vaginosis
 - c. Nhiễm T. Vaginalis
 - d. Cả ba trường hợp trên
10. Trên soi cổ tử cung, dấu hiệu nào có thể gợi ý đến tân sinh ở cổ tử cung?
- a. Hiện diện các vùng biểu mô phản ứng không đều với acid acetic
 - b. Hiện diện các vùng biểu mô không ăn màu lugol khi làm test
 - c. Lộ tuyến rộng kèm vắng mặt các lưới biểu mô tại ranh giới lát trụ
 - d. Lộ tuyến tái tạo không đều với hình ảnh các đảo tuyến và cửa tuyến

1. Trong các yếu tố liệt kê sau, yếu tố nào là động lực làm cho vi nấm trong microbiota trở thành tác nhân gây bệnh?
 - a. Microbiota bình thường không có vi nấm. Hiện diện vi nấm trong microbiota là bệnh lý
 - b. Suy giảm miễn dịch toàn thân là một yếu tố quan trọng dẫn đến viêm âm đạo do nấm**
 - c. Biến động pH âm đạo theo hướng pH cao là yếu tố thuận lợi của viêm âm đạo do nấm
 - d. Biến động pH âm đạo theo hướng pH thấp là yếu tố thuận lợi của viêm âm đạo do nấm
2. Quan điểm vi sinh học nào về kiểu trạng thái khuẩn hệ CST IV là chính xác?
 - a. CST IV là kiểu khuẩn hệ bệnh lý, vắng mặt khuẩn *Lactobacillus* sp. Tuy nhiên nó không có biểu hiện lâm sàng
 - b. CST IV là kiểu khuẩn hệ bệnh lý, pH kiềm do thiếu hụt acid lactic. Tuy nhiên nó không có biểu hiện lâm sàng
 - c. CST IV là kiểu khuẩn hệ bệnh lý, chủ đạo bởi vi khuẩn kỵ khí. Tuy nhiên nó không có biểu hiện lâm sàng
 - d. Dù thành phần khuẩn, lý tính âm đạo giống bacterial vaginosis, nhưng CST IV không phải là khuẩn hệ bệnh lý**
3. Các khuẩn hệ âm đạo phổ biến (CST I, II) bảo vệ âm đạo bằng cơ chế chủ yếu nào?
 - a. Sản phẩm chuyển hóa của *Lactobacillus* sp đảm bảo duy trì được pH âm đạo ở mức thấp
 - b. Acid lactic, là một sản phẩm của khuẩn *Lactobacillus* sp, có tính chất kiềm khuẩn mạnh**
 - c. Ưu thế tuyệt đối về số lượng của khuẩn *Lactobacillus* sp ức chế các vi khuẩn khác phát triển
 - d. *Lactobacillus* sp hoạt động như một kháng nguyên, tạo đáp ứng miễn dịch-vật chủ thuận lợi
4. Trong các tình trạng kể sau, tình trạng nào có liên quan rõ rệt nhất đến bacterial vaginosis tái phát?
 - a. Không định danh chính xác loại vi khuẩn
 - b. Không tiến hành điều trị cho (các) bạn tình
 - c. Không tìm cách xác định yếu tố thuận lợi**
 - d. Không tiến hành điều trị bằng probiotics

Bàn luận:

Làm sao biết một người phụ nữ có hệ khuẩn âm đạo bình thường, lành mạnh?

Chúng ta đã quá quen với hệ khuẩn *Lactobacillus*: *Lactobacillus* chiếm ưu thế, các VK yếu khí khác rất ít, pH bình thường. Mọi chuyện trở nên phức tạp khi CST IV. **Vậy khi đứng trước CST IV thì đó là bình thường hay bệnh lý? CST IV là hệ khuẩn còn bù, đến khi Bacterial vaginosis là đã mất bù?**

Không có sự chuyển đổi từ CST này sang CST khác. CST IV không phải là khuẩn hệ chuyển tiếp từ bình thường sang bất thường. CST IV là khuẩn hệ bình thường! Miễn đảm bảo được chức năng thì thôi chớ :v “Hệ kia ưu thế *Lactocilus* kệ cha nó, tui không có *Lactocilus* nhưng tui cũng bảo vệ được thì tui cũng bình thường mà” – CST IV said.

Nếu trước đó đã có khảo sát, giờ mình khảo sát lại lần nữa có sự thay đổi => xác định có thay đổi khuẩn hệ (đây là lý tưởng nhất)

Ta không cần phân biệt ở những đối tượng không triệu chứng, ngoại trừ khi có nguy cơ thì cần phải tìm hiểu kĩ: nguy cơ sanh non, thủ thuật đường âm đạo... => Dùng tiêu chuẩn Amsel

Ví dụ: 1 phụ nữ trước giờ bình thường, sau khi sanh, cho con bú liên tục 6 tháng, tự nhiên bây giờ có tiết dịch âm đạo. Bây giờ thử ra không thấy *Lactocilus*, rất khó để nghĩ trước đó là CST IV, mà khả năng cao là đã bị Bacterial vaginosis, vì BN có các yếu tố nguy cơ: thủ thuật sản khoa, cho bú 6 tháng thiếu estrogen liên tục. Ngoài ra còn các yếu tố nguy cơ khác: điều trị kháng sinh dài ngày.

Thuật ngữ: “Viêm âm đạo do Gardrenella” là không đúng! Gardrenella là vi khuẩn thuộc khuẩn hệ bình thường, là thành phần của CST IV.

Thuật ngữ : “Viêm âm đạo do vi khuẩn là” không đúng! Amsel không hề đề cập tới bạch cầu, khi đặt mỏ vịt vào cũng không thấy phản ứng viêm mà chỉ thấy tiết dịch thôi => đây không phải là viêm. Vấn đề là mất khả năng bảo vệ và những thành phần gây ra bệnh mới gây ra viêm, không phải là viêm do khuẩn hệ của nó. Viêm âm đạo này là do sụp đổ khuẩn hệ, tạo điều kiện cho VK gây bệnh tấn công.

Thuật ngữ chính xác nhất là: “Bacterial vaginalis – bệnh âm đạo do vi khuẩn” hay “Loạn khuẩn âm đạo”. Nghĩa là mất chức năng bảo vệ do hỗn loạn cấu tạo hệ khuẩn so với cấu tạo nguyên thủy của nó.

Khi BN có triệu chứng, thì phải tìm hiểu tiếp cận để xem nguyên nhân triệu chứng là gì, không phải chỉ do BV không đều.

BV có triệu chứng và khả năng sinh non là có liên quan với nhau. Bản thân thai kỳ cũng là một tình trạng viêm mức độ thấp: em bé là 1 dị nguyên kích hoạt phản ứng miễn dịch, nhưng do Th2 đè tình trạng miễn dịch đến cuối thai kỳ. Khi có một yếu tố nào kích hoạt phản ứng viêm mạnh lên, kích hoạt tạo Prostaglandin và các hóa chất trung gian, thụ thể... sẽ làm khởi tạo cơn co tử cung => chuyển dạ sinh non

Nghiên cứu: Ở nhóm nhiễm BV thì có tỉ lệ sinh non. Nhưng khi hồi cứu ngược lại những ca sinh non thì cũng có tỉ lệ không nhiễm BV. Khuyến cáo: điều trị BV trước 20 tuần, sau 20 tuần không có ý nghĩa nhiều.

BN có thể bị BV mà không có bất kỳ yếu tố nguy cơ nào, nhưng khi BV tái phát thì phải tìm yếu tố nguy cơ.

5. Khi có viêm âm đạo do nấm không biến chứng, nên chọn phương tiện điều trị nào cho bệnh nhân?

- a. Floconazole đường uống
- b. Các -azole đường tại chỗ
- c. Nystatin đường tại chỗ
- d. Một trong ba điều trị trên

Bàn luận:

Có thể có nhiều chọn lựa như trên.

Dùng đường tại chỗ có ưu điểm là thuốc tác dụng với nồng độ cao tại vị trí cần tác động, nhắm trúng đích, tránh được tác dụng phụ khi dùng đường uống.

Dùng đường uống sẽ phải chuyển hóa qua gan, có thể tăng men gan. Nhưng có thể dùng để điều trị toàn thân cho những trường hợp đi kèm nấm miệng, nấm thực quản...

Ngoài ra còn dựa vào ý thích của BN, chỉ định, chống chỉ định, sự tuân thủ của BN...

6. Nhóm bệnh nhân nào hưởng lợi nhiều nhất khi thực hiện tầm soát bằng co-testing thay vì bằng tế bào học đơn thuần?

- a. Bệnh nhân có kết quả tế bào học là ASC-US
- b. Bệnh nhân có kết quả tế bào học là LSIL
- c. Bệnh nhân có kết quả tế bào học là HSIL
- d. Mọi bệnh nhân đều hưởng lợi từ co-testing

Bàn luận:

Ở nhóm ASC-US, xét nghiệm HPV giúp phân tầng, nhóm nào nên thăm dò tiếp tục để can thiệp điều trị, nhóm nào có thể trì hoãn việc thăm dò. Còn ở LSIL và HSIL thì tỉ lệ nhiễm HPV đã rất cao rồi thì việc

thăm dò HPV trên 2 nhóm này không giúp ích nhiều, 2 nhóm này cơ bản là phải can thiệp điều trị tích cực ngay rồi.

Tại sao PAP test gọi là tầm soát (+) nếu từ ASCUS trở lên, mặc dù khả năng dẫn đến ung thư và CIN2,3 là rất thấp?

Vấn đề ở chỗ là khái niệm “tầm soát”. Tầm soát là cần tìm những gì đó bất thường, bệnh gì không cần biết, không có nghĩa là phải chẩn đoán là ung thư mà là tìm bất thường rồi sau đó khảo sát chuyên sâu hơn để tìm chẩn đoán. ASCUS không có ý nghĩa xác định bệnh, nhưng có ý nghĩa gợi ý bất thường.

Tại sao từ 30 tuổi trở đi thì lại ưu tiên dùng Co-test hơn là PAP test?

Những năm đầu đời tỉ lệ nhiễm HPV cao tuy nhiên khả năng thanh thải cũng rất cao. Nếu HPV (+) thì cũng không có ý nghĩa vì nếu (+) thì sau đó họ cũng sẽ thải được virus này.

Phụ nữ lớn tuổi thì nguy cơ ung thư cộng dồn sẽ cao hơn, nếu đã nhiễm HPV thì khả năng thanh thải đến độ tuổi này cũng không thay đổi, nghĩa là vẫn còn ứ HPV lại.

7. *Hệ thống phân loại phết tế bào cổ tử cung tầm soát ung thư Bethesda 2014 khác với hệ thống Bethesda 2001 ở điểm nào?*
- Phân loại bất thường tế bào lát*
 - Phân loại bất thường tế bào tuyến***
 - Buộc phải thực hiện chung với HPV-DNA*
 - Khác nhau về cả ba đặc điểm được liệt kê trên*

Bàn luận:

Từ năm 2012, người ta có xu hướng bỏ dần từ CIN. Sắp tới chắc sẽ phải quên đi khái niệm CIN.

8. *Bắt buộc phải thực hiện điều gì trước khi tiến hành lấy mẫu tế bào cổ tử cung làm PAP test?*
- Hỏi thông tin chi tiết tiền sử, hành vi tình dục có nguy cơ*
 - Hỏi thông tin chi tiết về quá trình tiêm phòng vaccine HPV*
 - Hỏi thông tin chi tiết về các lần khảo sát tế bào học đã làm***
 - Phải hỏi cả 3 thông tin trên, để có định hướng khi đọc lame*
9. *Tình huống viêm âm đạo nào cho phép tiến hành điều trị khi bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng, mà không bắt buộc phải có bằng chứng vi sinh học xác nhận sự có mặt của vi khuẩn gây bệnh?*
- Viêm âm đạo do nấm*
 - Bacterial vaginosis*
 - Nhiễm T. Vaginalis*
 - Cả ba trường hợp trên***
10. *Trên soi cổ tử cung, dấu hiệu nào có thể gợi ý đến tân sinh ở cổ tử cung?*
- Hiện diện các vùng biểu mô phản ứng không đều với acid acetic*
 - Hiện diện các vùng biểu mô không ăn màu lugol khi làm test***
 - Lộ tuyến rộng kèm vắng mặt các lược biểu mô tại ranh giới lát trụ*
 - Lộ tuyến tái tạo không đều với hình ảnh các đảo tuyến và cửa tuyến*

Bàn luận:

Cơ chế của màu Lugol để phát hiện tân sinh cổ tử cung?

APPLICATION

TÌNH HUỐNG 1: ĐIỀU TRỊ HAY KHÔNG ĐIỀU TRỊ

Cô G., 27 tuổi, đến phòng khám phụ khoa để khám vì tiết dịch âm đạo bất thường.

Qua thăm hỏi, cô G. cho biết rằng hiện cô là công nhân trực tiếp sản xuất, làm việc tại một khu chế xuất ở ngoại ô.

Cuộc sống tình cảm của cô khá phóng khoáng. Khoảng 2 năm trước, cô cũng đã từng có thai ngoài ý muốn với người đàn ông đầu tiên của cô. Lần đó, G. đã đi phá thai bằng phương pháp nội khoa và nói lời chia tay với người này.

Từ sau sự kiện đó, G. tiếp tục cuộc sống độc thân, nhưng có quan hệ tình dục một cách không thường xuyên với một nam công nhân ở cùng nhà máy.

Do rất sợ có thai lần nữa, nên G. thường đề nghị bạn của mình dùng bao cao su. Thỉnh thoảng, G. có dùng tránh thai khẩn cấp, khi là mifepristone, có lúc lại là progesterone.

Cô G. cũng cho biết rằng vòng kinh của cô rất thưa và không đều, thường là khoảng 5-6 lần hành kinh mỗi năm và thường xuyên bị rong kinh. Những năm gần đây, cô cảm thấy rằng các kỳ kinh của mình thưa hơn và kéo dài hơn lúc trước.

Đây không phải là lần đầu G. bị tiết dịch âm đạo bất thường. Đã nhiều năm rồi, kể cả khi chưa có quan hệ tình dục, mỗi năm vài lần, G. lại phải đi khám vì cùng một tình trạng giống nhau: tiết dịch âm đạo bất thường, kèm theo cảm giác ngứa ở âm hộ.

Gần đây, khi có quan hệ với người đàn ông sau, G. còn thêm một khó chịu khác là cảm giác khô rát khi giao hợp. Mỗi khi bị tiết dịch âm đạo nhiều, G. thường tự mua nước vệ sinh phụ khoa để thực rửa âm đạo, làm dịu bớt cảm giác khó chịu.

Khám lâm sàng ghi nhận rằng cô G. cao 148cm và cân nặng 64kg.

Da nhợt, mặt nhiều mụn trứng cá

Quan sát thấy âm hộ viêm đỏ, ở mép giữa môi lớn và môi bé có nhiều bọt trắng.

Đặt mỏ vịt ghi nhận thành âm đạo đỏ, khô, với nhiều mảng trắng bám chặt vào thành âm đạo

Cổ tử cung lộ tuyến rộng 2cm

Khám âm đạo bằng tay không phát hiện bất thường ở tử cung và hai phần phụ

Người ta đã lấy dịch âm đạo từ các mảng trắng dày ở thành bên âm đạo để thực hiện soi tươi.

Bệnh phẩm soi tươi đã được xử lý bằng soi trên nền xanh methylen. Kết quả như sau:

- Tế bào thượng bì [+++]
- *Lactobacilli* [+++]
- Tụ khuẩn [-]
- Bào tử nấm [-]
- Sợi tơ nấm [-]
- Bạch cầu [+++]
- Clue cells [-]
- *Trichomonas* [-]

Bạn sẽ làm gì cho cô G.? Chọn một giải pháp thích hợp

- Điều trị triệu chứng, không điều trị chuyên biệt.
- Điều trị chuyên biệt đơn liều đường âm đạo
- Điều trị chuyên biệt đa liều đường âm đạo

- D. Điều trị chuyên biệt đơn liều đường uống
- E. Điều trị chuyên biệt đa liều đường uống
- F. Điều trị chuyên biệt đa liều phối hợp đường âm đạo và đường uống.

Bàn luận:

Viêm âm đạo do nấm người ta mặc định là do *Candida albicans* vì xuất độ của nó rất thường gặp (90%). Người ta chỉ tiến hành cấy để định danh nấm khi nghi ngờ do tác nhân khác: điều trị khó, tái phát nhiều lần.

Viêm âm đạo do 3 tác nhân: *Candida albicans*, *Trichomonas*, và nhiễm khuẩn âm đạo là rất thường gặp trên phòng khám và có thể chẩn đoán hoàn toàn bằng lâm sàng mà không cần đến xét nghiệm vi sinh. 3 tác nhân này ít khi chồng lấn lên nhau, nhưng với những trường hợp phức tạp như thế này thì có thể lựa chọn giữa việc cấy ngay tại thời điểm chẩn đoán, hoặc điều trị nấm trước sau đó nếu còn triệu chứng thì mới tiếp tục cấy.

Đây là một trường hợp viêm âm đạo – âm hộ do *Candida albicans*.

Triệu chứng của viêm âm đạo do nấm thì cũng là ngứa, rát, khô... thực tế rất khó đánh giá triệu chứng là mức độ nhẹ, trung bình hay nặng. Ngoài ra còn dựa vào cơ địa BN mà mình đánh giá khả năng triệu chứng sẽ đáp ứng với điều trị hay không.

BN này nghi ngờ có một hội chứng buồng trứng đa nang: kinh thưa, nhiều mụn... => cần làm thêm siêu âm để xác định. Trong cuộc đời người phụ nữ buồng trứng đa nang sẽ gặp thêm nhiều vấn đề khác: đường huyết, huyết áp, khó thụ tinh, các vấn đề trong thai kỳ, nguy cơ tăng sinh, ung thư nội mạc tử cung

Cô này có một thói quen sinh hoạt tình dục chắc chắn gây loạn khuẩn âm đạo: tiết dịch bất thường trong quá khứ, quan hệ phóng khoáng, sử dụng thuốc ngừa thai, tự mua thuốc để tự rửa âm đạo.

Lâm sàng là quá rõ ràng cho một trường hợp nhiễm *Candida albicans* điển hình, soi tươi chỉ hỗ trợ thôi. Mình vẫn chẩn đoán là: viêm âm hộ - âm đạo do *Candida albicans* (khả năng cao) phức tạp. Vì tổng hợp tất cả các yếu tố trên, dự đoán trong quá trình điều trị sẽ gặp khó khăn: không đáp ứng, tái phát trong đợt này hoặc đợt sau. => cần một lộ trình đủ lâu để ức chế nấm., cần phác đồ dài ngày sau đó đánh giá lại.

Trên cơ địa này, nếu cần thận có thể dùng thêm đường uống phối hợp dài ngày. Ít nhất cũng là liệu pháp dài ngày, sau đó đánh giá lại, nếu tái phát thì phải làm xét nghiệm sâu hơn để tìm nguyên nhân và sàng lọc thêm các bệnh khác lây qua đường tình dục.

Theo CDC, tái phát là ≥ 4 lần/năm và được chẩn đoán bởi BS. Nếu không được BS chẩn đoán mà BN chỉ khai triệu chứng thì mình chỉ có thể đoán thôi (khả năng tin tưởng ít hơn)

TÌNH HUỐNG 2: MƠ HỒ

Bà K., một phụ nữ 28 tuổi, đến phòng khám phụ khoa để khám vì tiết dịch âm đạo bất thường.

Qua thăm hỏi, bà K. cho biết rằng bà vừa sinh con đầu lòng được 4 tháng. Sinh thường, có cắt may tầng sinh môn.

Theo hướng dẫn của bệnh viện, bà đang cho con bú mẹ hoàn toàn

Từ sau khi sinh, bà chỉ ra máu âm đạo một lần duy nhất, với lượng rất ít, màu đỏ hồng, ở thời điểm sau sinh khoảng gần 2 tháng.

Hai vợ chồng bà K. bắt đầu có quan hệ tình dục trở lại khi em bé được đầy tháng. Từ đó đến nay, bà K vẫn tránh thai bằng phương pháp cho con bú vô kinh.

Bà K. than phiền rằng kể từ khi sinh em bé xong, việc quan hệ tình dục của 2 vợ chồng không được như mong muốn. Bà thường xuyên có cảm giác khô rát khi quan hệ tình dục, đồng thời với việc tiết dịch âm đạo bất thường.

Theo bà K., dịch tiết có mùi rất khó chịu, đặc biệt là sau mỗi khi giao hợp.

Đôi khi bà K. thấy có vảy trắng vài giọt huyết hồng sau giao hợp.

Thêm vào đó, bà K. cũng than phiền về các khó chịu khi đi tiểu, chủ yếu là tiểu gắt, đôi khi là tiểu buốt.

Khám lâm sàng ghi nhận rằng bà K. là một phụ nữ trung bình, cao 159cm và cân nặng 48kg.

Quan sát thấy âm hộ không thấy tổn thương.

Đặt mỏ vịt ghi nhận thành âm đạo bình thường, niêm mạc âm đạo mỏng, âm đạo rất ẩm ướt với nhiều dịch loãng, ít bọt, khá nặng mùi, đọng trong âm đạo. Cổ tử cung lộ tuyến rộng 2,5cm.

Khám âm đạo bằng tay không phát hiện bất thường ở tử cung và hai phần phụ.

Người ta đã lấy dịch âm đạo từ cùng đồ sau âm đạo để khảo sát.

Bệnh phẩm đã được xử lý bằng soi tươi và nhuộm Gram. Kết quả như sau:

- Tế bào thượng bì [+]
- *Lactobacilli* [-]
- Tụ khuẩn [+++]
- Bào tử nấm [-]
- Sợi tơ nấm [-]
- Bạch cầu [+++]
- Clue cells [-]
- Trichomonas [-]

Bạn sẽ làm gì cho bà K.? Chọn một hay nhiều giải pháp thích hợp. Giải thích

- A. Điều trị với kháng sinh phổ rộng (nêu nhóm kháng sinh sẽ dùng, nếu chọn)
- B. Điều trị với kháng sinh chuyên biệt (nêu nhóm kháng sinh sẽ dùng, nếu chọn)
- C. Điều trị với *Lactobacilli* (giải thích lý do và cách dùng, nếu chọn).
- D. Điều trị với estrogen (giải thích lý do, loại thuốc và cách dùng, nếu chọn)
- E. Bắt đầu cho bé ăn dặm (giải thích lý do, nếu chọn)
- F. Điều trị phá hủy lộ tuyến cổ tử cung (giải thích lý do, nếu chọn)

Bàn luận: B + C

Kháng sinh nào qua được sữa mẹ? Nếu qua được sữa mẹ thì sẽ ảnh hưởng thế nào đến thai nhi?

Liệu pháp tránh thai vô kinh là thế nào? Việc cho con bú ảnh hưởng thế nào đến hormon Estrogen?

Tình huống này thì đã quá rõ ràng BV: tiết dịch âm đạo bất thường, khô rát, mùi khó chịu, trên cơ địa rối loạn nội tiết: vừa mới sanh, cho bú vô kinh, ngoài ra còn có can thiệp thủ thuật sản khoa.

Câu hỏi đặt ra là BN có nhiễm trùng tiểu hay không? Triệu chứng tiểu gắt, tiểu buốt là chưa đủ để chẩn đoán nhiễm trùng tiểu dưới. Chẩn đoán BV vẫn có thể giải thích được cho triệu chứng này. Tạm thời ít nghĩ tới nhiễm trùng tiểu. BV không phải là viêm, nhưng thỉnh thoảng cũng có thể có phản ứng viêm. Nước tiểu sẽ kích thích niêm mạc âm đạo ở thời điểm thiếu nội tiết (sau sanh, sau mãn kinh). Mặc dù niệu đạo thuộc hệ niệu, nhưng các tế bào của niệu đạo có chịu tác động của nội tiết. => triệu chứng tiểu gắt buốt này coi chừng là triệu chứng của sụt giảm nội tiết

Đây là thời đại đề kháng kháng sinh, nên khi cho KS cần phải hết sức thận trọng, cho đúng, đủ liều. Khi làm BS lâm sàng cần phải hết sức thận trọng với **kháng sinh liều cao, phổ rộng**.

Ở đây rõ ràng là loạn khuẩn âm đạo, soi tươi không thấy *Lactobacilli*, dựa vào tần suất của các hệ khuẩn mà phải nghĩ đến đầu tiên đó là hệ khuẩn trước đây của BN là ưu thế *Lactobacilli*, chứ không phải mình nghĩ đây là AST IV, mặc dù vẫn có tỉ lệ % xảy ra trường hợp đó. Việc bổ sung *Lactobacilli* gặp rất nhiều khó khăn: nó thích ứng trên cơ thể này nhưng cơ thể khác thì chưa chắc, nó được nuôi trong môi trường thí nghiệm nhưng khi vào cơ thể chưa chắc sống, chưa biết hệ vi khuẩn âm đạo trước đó là gì. Có tất cả 4 dòng *Lactobacilli*, người ta chỉ bổ sung được 2 dòng thôi => Việc bổ sung *Lactobacilli* không có ý nghĩa **hằng định**. *Lactobacilli* là một vi khuẩn ký sinh trong đường ruột, rất dễ đi vào âm đạo. Nếu đúng là trước đây là hệ vi khuẩn ưu thế *Lactobacilli*, thì từ từ nó sẽ phục hồi bằng cách theo phân đi qua. (khoảng 2 tuần để *Lactobacilli* hồi phục lại như trước).

Sớm muộn gì cô này cũng sẽ phục hồi lại, tự nhiên hoặc nhân tạo. Tự nhiên: BN rụng trứng lại. Nhân tạo: can thiệp bằng bổ sung *Lactobacillus*. Liệu pháp điều trị chính vẫn là kháng sinh chuyên biệt điều trị BV

Điều trị lộ tuyến cổ tử cung?

Mặc dù LTCTC là một tình trạng sinh lý. Tuy nhiên trên thực tế cũng có những quyết định phá lộ tuyến cổ tử cung tùy vào nhu cầu BN, BS xem xét lợi hại.

Lợi: giảm tiết dịch âm đạo quá nhiều

Hại: nguy hại của thủ thuật, chít hẹp cổ tử cung (khó khăn cho sanh đẻ, khó phết tế bào sau này), thậm chí sau khi đốt có thể tiết dịch nhiều hơn trước khi đốt