

MỤC LỤC

CHUNG	2
TIẾT DỊCH ÂM ĐẠO BẤT THƯỜNG.....	3
TIẾT DỊCH ÂM ĐẠO BẤT THƯỜNG (sưu tầm).....	8
TƯ VẤN TRÁNH THAI.....	12
TƯ VẤN TRÁNH THAI (sưu tầm).....	16
AUB	26
AUB (sưu tầm).....	28
TIẾP CẬN MỘT KHỐI Ở PHẦN PHỤ	32
TIẾP CẬN MỘT KHỐI Ở PHẦN PHỤ (sưu tầm).....	34
TƯ VẤN PAP’S TEST	41
ĐTĐ THAI KÌ (sưu tầm)	43
CHUYÊN DẠ SANH NON (sưu tầm)	46
TÂN SINH BIỂU MÔ CÔ TỬ CUNG (sưu tầm)	50
XUẤT HUYẾT TỬ CUNG BẤT THƯỜNG (sưu tầm).....	52

CHUNG

Chào c, t tên là LTH là bác sĩ sẽ tư vấn cho c hôm nay, mời c ngồi, mời c giới thiệu về bản thân

Vấn đề chủ, tuổi, PARA (nhảy cảm)

Tuổi thai: kinh chót, kinh áp chót, siêu âm

Chỉ định test trình bày mục đích test, dự trữ test thay thế khi test chủ lực ko có sẵn hay bị từ chối, kiểm tra thai phụ có hiểu đúng test

Trình bày quản lý sau Δ và kiểm tra sự đồng thuận của BN về nội dung thông điệp

Xác định đúng ngày tái khám, mục tiêu và yêu cầu cụ thể dc kì vọng trong lần khám kế

TIẾT DỊCH ÂM ĐẠO BẤT THƯỜNG

Chào c, mời c ngồi, t tên là LTH là bác sĩ sẽ tư vấn cho c hôm nay, mời c giới thiệu về bản thân (tên, tuổi, mẫn kinh, nghề nghiệp)

1. Hỏi về tiết dịch âm đạo bất thường (lý do đến khám)

- Huyết trắng: màu sắc, số lượng, hôi, ngứa
- Triệu chứng đường tiết niệu, sốt, đau bụng, giao hợp đau
- Chồng có triệu chứng gì không
- Tiền căn tiết dịch âm đạo bất thường :
 - + Trước đây có từng bị vậy không ?
 - + Diễn tiến
 - + Điều trị
- **Hỏi về gần đây có đặt vòng không (3 tuần)**
- Nghi nấm: ĐTD, bệnh nội khoa khác, HIV, tái phát ≥ 4 lần, kết quả nấm ko phải Candida albicans trc đó, dùng KS, corticoid, thuốc ngừa thai

Sau đây là vài vấn đề nhạy cảm nhưng quan trọng trong việc tư vấn θ cho c mong c sẽ hợp tác vs t

2. PARA

3. YTNC

Thói quen thực rửa

Hỏi về **đặc điểm QHTD** : Số lượng bạn tình, Bạn tình mới ? Ngừa thai bằng PP nào? Chồng có nhiều bạn tình?

Đang dùng thuốc gì (KS?)

Nghi nấm: béo phì, mang thai, ĐTD, HIV, corticoid, KS, thuốc ngừa thai, quần lót chật

4. Tiền căn: tầm soát K CTC, tính chất kinh, kinh chót

5. Khám cho BN

Quan sát âm hộ âm đạo CTC

Lấy que soi tươi dịch tiết âm đạo: clue cell, pH

6. Giải thích bệnh tình cho BN;

- Mẫn kinh : lưu ý
 - + Viêm teo âm đạo hậu mẫn kinh
 - + K CTC
 - + K NMTC

- Xử trí:
 - + Xét nghiệm cần làm :
 - Soi tươi dịch tiết âm đạo
 - PAP's , soi CTC tùy theo kết quả PAP's .
 - Siêu âm phụ khoa đầu dò âm đạo
 - + Giải thích bệnh và điều trị
 - + Hẹn tái khám .

Lây qua tình dục làm thêm VDRL, anti-HIV, HbsAg

Sau khi thăm khám và xem kết quả xét nghiệm của chị, chị đang có tình trạng nhiễm *Chlamydia trachomatis*, đây là tác nhân lây lan qua đường tình dục rất phổ biến. Hiện tại chị không cần quá lo lắng, tôi sẽ cho chị đơn thuốc điều trị

Hẹn tái khám và làm PAP

	Δ	Ⓜ
BV	<p>LS: Tiết dịch âm đạo đồng chất, trắng xám, nặng mùi, không ngứa</p> <p>YTNC mạnh nhất của BV</p> <ul style="list-style-type: none"> - Có bạn tình mới - Thói quen thụt rửa âm đạo - Không dùng bao cao su <p>Δ BV 3/4:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tiết dịch âm đạo đồng chất, trắng xám, nặng mùi và không có biểu hiện viêm 2. Sự có mặt của tb clue cells trên phiến âm đạo (Phác đồ: Clue cell >20% quang trường) 3. pH dịch âm đạo >4.5 4. Dịch âm đạo mùi cá thối, trước hay sau test KOH (Whiff test (+)) 	<p>Metronidazole 500mg uống 2 lần/d trong 7d</p> <p>Không uống rượu 1d sau khi uống thuốc</p> <p>Bổ sung viên lactobacillus (có dạng đặt) đặt 2 tuần mỗi ngày 2 viên</p> <p>Tư vấn loại bỏ YTNC: thụt rửa âm đạo</p>
NÂM	<p>NGŨA, Dịch bọt trắng như váng sữa, không hôi, giao hợp rất, tiểu rất</p> <p>YTTL:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mang thai 	<p>Fluconazole 150mg LDN uống VVC có biến chứng</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tấn công: 3 liều Fluconazole 150mg uống cách nhau 72h

	<ul style="list-style-type: none"> - ĐTĐ - Béo phì - SGMD - Thuốc ngừa thai, corticoid, KS phổ rộng - Quần lót chật <p>Khám</p> <p>Âm đạo đỏ rực, vết trắng phô mai sữa, ko mùi, đặc dính, pH 4-5</p> <p>Soi dịch âm đạo: bào tử nảy chồi hoặc sợi tơ nấm giả (vi nấm hạt men và sợi tơ nấm giả) -> Δ Candida albicans.</p> <p>Ngưng tụ latex cho trường hợp ko phải Candida albicans vì chúng ko biểu hiện sợi tơ nấm giả</p> <p>VVC có biến chứng</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tái phát ≥4 lần/năm - Triệu chứng mức độ nặng - Nghi ngờ hoặc có bằng chứng nhiễm nấm ko phải Candida albicans - PN ĐTĐ, bệnh lí nội khoa nặng, SGMD <p>Δ Viêm âm đạo do nấm ± có biến chứng</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Duy trì: Fluconazole 150mg mỗi tuần trong 6m - Probiotics chỉ dùng theo kinh nghiệm cho VVC có biến chứng nhưng BN SGMD thì CCD. - ⚠ bạn tình do có b/c <p>VVC không được xem như bệnh lây truyền tình dục</p> <p>Chỉ ⚠ bạn tình khi có một trong các triệu chứng sau</p> <ul style="list-style-type: none"> - Có triệu chứng viêm ngứa quy đầu - Có nấm trong nước tiểu - TH người phụ nữ bị tái phát nhiều lần (≥4/năm)
TRICHOMONAS VAGINALIS	<ul style="list-style-type: none"> - BN huyết trắng nhiều, vàng xanh, có mùi hôi ± ngứa rất ở âm hộ. Nặng: - Chồng: tiểu buốt, không mù, có quan hệ nhiều người? <p>Khám:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Huyết trắng loãng có bọt, màu vàng xanh - CTC viêm đỏ, âm đạo CTC có điểm XH nhỏ lấm tẩm (có hình ảnh dâu tây) <p>Soi tươi huyết trắng: trùng roi di động (2 con hình bóng bay có đuôi, to và có nhân sậm màu hơn tb xung quanh) -> Δ: Viêm âm đạo do trùng roi</p>	<p>⚠ cả vợ và chồng</p> <ul style="list-style-type: none"> - Metronidazole 2g uống LDN - Không dùng thức uống có cồn trong 24h uống thuốc (24h metro, 72h tinidazole) - Tránh hoạt động tình dục khi ⚠ xong - Dùng bcs khi quan hệ bên ngoài (vợ, chồng) - Tầm soát bệnh lây lan tình dục khác: HIV, HBsAg, giang mai, lậu <p>Tái khám sau 2w</p>
LẬU CẦU	<p>Tiết dịch trắng vàng xanh, không ngứa</p> <p>Chồng: tiểu mù</p> <p>Khám: Huyết trắng vàng xanh chảy ra từ CTC gợi ý viêm CTC do lậu cầu hoặc Chlamydia trachomatiss. Nhiễm trùng tuyến Bartholin có thể</p>	<p>⚠ cả vợ và chồng</p> <p>Ceftriaxone TB kết hợp doxycycline hoặc azithromycine vì lậu cầu kháng quinolone và kháng cephalosporin phổ</p>

	<p>dẫn tới áp xe, NT tái phát hoặc nang tuyến Bartholin.</p> <p>Lậu hầu họng đa số không triệu chứng</p> <p>Cấy và NAAT mẫu kênh CTC</p>	<p>biến, cần θ luôn Chlamydia trừ khi loại bởi XN NAAT</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ceftriaxone 250mg TB LDN 48h sau cho Azithromycin 1g uống LDN - Không giao hợp trong vòng 7d <p>Nên XN kiểm tra lại sau 3m âm tính thì kiểm lại sau 12m</p>
CHLAMYDIA TRACHOMATIS	<p>2 nhóm triệu chứng</p> <ul style="list-style-type: none"> - Viêm CTC cấp: nhầy mủ cùng với lộ tuyến CTC dễ chảy máu - Di chứng viêm sinh dục trên do Chlamydia Trachomatis: thai ngoài TC, tắc nghẽn, ứ dịch <p>Tiết dịch mủ xanh hôi, không ngứa</p> <p>Khám: CTC viêm cấp nhầy mủ lộ tuyến dễ chảy máu</p> <p>Đề nghị NAAT cho cả Chlamydia và lậu cầu</p> <p>Con Chlamydia nội bào nên soi ko thấy đầu</p>	<p>θ cả vợ và chồng</p> <ul style="list-style-type: none"> - Azithromycin 1g (u) LDN - Nếu có lậu (+) luôn <p>Ceftriaxon 250mg TB LDN sau 48h cho Azithro 1g uống LDN</p> <ul style="list-style-type: none"> - Không giao hợp trong 7d <p>Theo dõi sau θ: sau 3m kiểm tra lại NAAT, IgG</p>
GIANG MAI	<ul style="list-style-type: none"> - Xoắn khuẩn di động trên KHV nền đen - VDRL và TPHA (+) 	<p>Test da trước có dị ứng thì giải mẫn cảm sau đó mới θ.</p> <p>Benzathine PNC G 2,4 triệu đơn vị TB liều duy nhất</p> <p>Benzathine PNC G 2,4 triệu đơn vị TB mỗi tuần trong 3 tuần cho GM tiềm ẩn muộn hoặc không rõ thời gian.</p>
VIÊM VUNG CHẬU	<p>Tiêu chuẩn Δ:</p> <p>Bắt buộc phải có</p> <ul style="list-style-type: none"> - Đau khi lắc CTC - Tử cung ấn đau - Đau khi khám 2 phần phụ 	<p>θ VVC bằng thuốc tiêm TM trong 24-48h -> Doxycycline uống 14d</p> <p>Cefotetan 2g TM mỗi 12h + Doxycycline 100mg uống hoặc TM mỗi 12h</p>

	<p>Kèm với 1 trong các triệu chứng: (Phác đồ: có thể không có)</p> <ul style="list-style-type: none"> - $T > 38.3^{\circ}\text{C}$ - Dịch tiết CTC nhầy mủ hay viêm mủ CTC - Có nhiều BC trong mẫu soi tươi dịch tiết âm đạo - CRP tăng hoặc tốc độ lắng HC $> 15\text{-}20\text{mm/h}$ - XN Chlamydia trachomatis hoặc Nisseria gonorrhoeae (+) <p>Tiêu chuẩn chuyên biệt</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sinh thiết nội mạc tử cung có kết quả mô học là viêm nội mạc - SA hoặc MRI: <ul style="list-style-type: none"> o Có tai vòi phù nề ứ dịch có kèm theo hay không kèm theo dịch vùng chậu o Hoặc khối hỗn hợp tai vòi – buồng trứng o Hoặc SA màu gợi ý viêm vùng chậu (như tai vòi sung huyết) - Nội soi ổ bụng Δ chính xác viêm vùng chậu 	<p>Chỉ định ngoại khoa: VVC nặng hoặc áp xe tai vòi buồng trứng ko cải thiện sau 72h θ KS</p> <p>Đặt vòng trong 3 tuần đầu bị VVC nặng ko đáp ứng sau 72h θ nên lấy ra</p> <p>Tất cả BN được Δ PID do Chlamydia hoặc gonorrhoeae phải được XN lại 3m sau θ. Nếu kết quả âm tính, họ phải được XN lại 12m sau θ.</p>
--	---	---

Dặn dò tái khám:

- > Nếu tình trạng tiết dịch không cải thiện.
- > Có bất thường khác.

Chị còn thắc mắc gì không?

TIẾT DỊCH ÂM ĐẠO BẤT THƯỜNG (sưu tầm)

Các trường hợp hay gặp, BN đến vì:

- Tiết dịch âm đạo nặng mùi
- Tiết dịch âm đạo màu vàng, xanh.
- Tiết dịch âm đạo lượng nhiều.
- Sung, ngứa, đau âm hộ.

STT	Các bước	Nội dung
1	Chào hỏi + bệnh sử, YTNC + khám + đề nghị CLS	<p>1. Chào hỏi: Chào chị, tôi là BS Nguyễn Văn A (đầy đủ tên) phụ trách khám bệnh cho chị vào ngày hôm nay. Chú ý dùng ngôn ngữ không lời (giao tiếp bằng mắt, cử chỉ thân thiện) để tạo môi trường tốt cho thăm khám: lịch sự thoải mái. Chị có thể giới thiệu bản thân một chút được không? (VD BN tên B, đôi lúc nên giao tiếp bằng tên BN để tạo sự thân thiện). Trong quá trình thăm khám và tư vấn nếu chị B có bất kỳ khó chịu hay thắc mắc gì xin chị hãy nói cho tôi biết để buổi khám được thuận lợi. (Chú ý không ngắt lời BN)</p> <p>2. Bệnh sử, YTNC:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hành chính: chú ý đến tuổi BN, nếu BN mãn kinh phải hỏi mãn kinh bao lâu rồi. - Xác định vấn đề chủ của BN: Lý do lần này chị đến khám là gì? - Khai thác các tính chất về vấn đề chủ: <ul style="list-style-type: none"> + Chị có thấy dịch âm đạo nặng mùi không? + Dịch âm đạo có màu gì? Lượng bao nhiêu? (có nhiều so với bình thường không?) + Vùng cửa mình có sung, ngứa hay đau không? + Tình trạng này bắt đầu từ khi nào, diễn ra bao lâu rồi? Diễn tiến <p><i>Đồng cảm</i> với BN về việc vấn đề chủ có ảnh hưởng đến cuộc sống thường ngày hay không.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Các vấn đề khác quanh vấn đề chủ: Ngoài tình trạng tiết dịch ra chị còn khó chịu nào khác không? - PARA(ĐỦ THIỂU SẢY SỐNG). Nếu BN chưa có gia đình thì hỏi: Chị có bạn trai chưa? Đã quan hệ chưa? Có dùng biện pháp tránh thai nào không? Lần gần nhất quan hệ là khi nào? Có gì bất thường trong lúc quan hệ và sau khi quan hệ không? Bạn trai chị có triệu chứng gì bất thường không? - Trước đây chị đã từng đi khám phụ khoa chưa? Chẩn đoán và điều trị lần đó như thế nào? - Học thuộc các thói quen, thuốc và thủ thuật mà BN đã dùng và được thực hiện có thể là YTNC của tiết dịch ÂĐ bất thường: <ul style="list-style-type: none"> + Tuổi QHTD sớm + Có bạn tình mới + Nhiều bạn tình + QHTD với bạn tình nữ + Oral sex khi đang hành kinh + Thói quen thụt rửa âm đạo + Không dùng bao cao su + Hút thuốc lá

		<ul style="list-style-type: none"> + Đặt dụng cụ tử cung + Dùng kháng sinh. - Khai thác về chu kỳ kinh của BN, hiện tại là ngày thứ mấy của chu kỳ, máu trong ngày hành kinh có thể sẽ ảnh hưởng đến thủ thuật khám và làm tăng nồng độ pH âm đạo. - Khám: BN giả sẽ cầm tờ giấy ghi phần khám, nhớ xin! Mời chị B lên bàn khám. Lưu ý: <ul style="list-style-type: none"> + Tính chất dịch âm đạo: màu, mùi, + Các sang thương nếu có: ở niêm mạc âm đạo, cổ tử cung - Xong phần khám, tóm lược lại vấn đề của BN và các YTNC để giải thích cho tình trạng hiện tại và đề nghị CLS: Sau quá trình hỏi và khám bệnh cho chị, hiện tại chị đang có tình trạng tiết dịch âm đạo ... (nếu các tính chất), kèm ... (các tính chất đi kèm), tình trạng này có thể do nhiều yếu tố như ... (nếu các YTNC) nên tôi sẽ cho chị làm 1 số xét nghiệm (VDRL, anti-HIV, HBsAg, nhớ giải thích trước khi làm xét nghiệm HIV cho BN) và gửi mẫu dịch âm đạo của chị đi soi (và/hoặc nhuộm Gram) để chẩn đoán cũng như có kế hoạch điều trị tốt nhất cho chị.
2	Xử trí + tư vấn	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Trichomonas vaginalis:</i> <ul style="list-style-type: none"> + QHTD không an toàn, QHTD với nhiều bạn tình + Dịch tiết nhiều, màu vàng, xanh, mùi hôi + Có thể kèm ngứa rất âm hộ + Cổ tử cung xuất huyết nhỏ lấm tấm dạng trái dâu tây (nặng) + Soi tươi có trùng roi chuyển động + pH > 4.5 , KOH (+) + Điều trị: Metronidazole 2 g uống 1 liều duy nhất <i>hoặc</i> Tinidazole 2 g uống 1 liều duy nhất + Tư vấn: Sau khi thăm khám và xem kết quả xét nghiệm của chị, chị đang có tình trạng viêm âm đạo do con trùng roi, đây là một tác nhân phổ biến lây qua đường tình dục. Hiện tại chị không cần quá lo lắng, tôi sẽ cho chị đơn thuốc điều trị giúp cải thiện tình trạng tiết dịch gây khó chịu cho chị. Sau khi về nhà, chị lưu ý giúp tôi một số vấn đề: Không uống rượu 1 ngày (đối với metronidazol)/ 3 ngày(đối với Tinidazole) sau khi uống thuốc tránh tương tác thuốc gây ra phản ứng bất lợi. Chị cũng nên tránh quan hệ tình dục trong thời gian điều trị (hết triệu chứng) Vì đây là bệnh lây qua đường tình dục, chị nên khuyên anh nhà/bạn trai đến điều trị để tránh sau này chị có thể nhiễm lại từ anh nhà/bạn trai. Dặn dò tái khám: <ul style="list-style-type: none"> > Tái khám sau 3 tháng. > Nếu tình trạng tiết dịch không cải thiện. > Có bất thường khác. - Chị còn thắc mắc gì không? BV: +YTNC: <ul style="list-style-type: none"> > Sử dụng kháng sinh > Thay đổi hormone do mang thai hoặc cho con bú, mãn kinh > Thụt rửa âm đạo > Sử dụng chất diệt tinh trùng > QHTD không dùng biện pháp bảo vệ > Nhiễm trùng > Tuổi QHTD sớm > Có bạn tình mới > Nhiều bạn tình

		<p>> QHTD với bạn tình nữ > Oral sex khi đang hành kinh > Hút thuốc lá</p> <p>+ Dịch Âm nặng mùi + Thấy clue cell + pH > 4.5, KOH (+) + Điều trị: Metronidazole 500 mg uống 2 lần/ ngày trong 7 ngày</p> <p>+ Tư vấn: Sau khi thăm khám và xem kết quả xét nghiệm của chị, chị đang có tình trạng viêm âm đạo do vi khuẩn. Hiện tại chị không cần quá lo lắng, tôi sẽ cho chị đơn thuốc điều trị giúp cải thiện tình trạng tiết dịch gây khó chịu cho chị. Sau khi về nhà, chị lưu ý giúp tôi một số vấn đề: Không uống rượu 1 ngày sau khi uống thuốc tránh tương tác thuốc gây ra phản ứng bất lợi. Chị cũng nên tránh quan hệ tình dục trong thời gian điều trị Không khuyến cáo điều trị bạn tình.</p> <p>Dặn dò tái khám: > Nếu tình trạng tiết dịch không cải thiện. > Có bất thường khác. Chị còn thắc mắc gì không?</p> <p>- <i>Candida sp:</i> Vì phần này khá dài và phức tạp, trong phác đồ Hùng Vương ghi khá rõ ràng và đầy đủ, nên học link này sẽ dễ dàng tư vấn và đưa ra chiến lược điều trị https://drive.google.com/file/d/0B_SmnZJnILJyOWWh1ZC1yeHpmVFk/view</p> <p>- <i>Chlamydia trachomatis</i> + YTNC: > Có bạn tình mới hoặc nhiều bạn tình > Bạn tình mắc STDs > Có tiền căn mắc STDs trước đó > Có tiền căn nhiễm Chlamydia trachomatis, lậu trước đó > Mắc STDs và QHTD không sử dụng bao cao su</p> <p>+ LS: > Có thể không triệu chứng > CTC nhầy mủ, lộ tuyến CTC dễ chảy máu > CTC có thể viêm đỏ, phù nề, chảy máu > Dịch tiết màu vàng hay xanh đục ở lỗ CTC > Cảm giác nóng rát khi đi tiểu</p> <p>+ CLS: NAAT + Điều trị: đồng thời bạn tình và người nhiễm Azithromycin 1g uống 1 liều duy nhất hoặc Doxycycline 200mg uống ngày 1 lần trong 7 ngày (không dùng được cho phụ nữ đang mang thai)</p> <p>+ Tư vấn: Sau khi thăm khám và xem kết quả xét nghiệm của chị, chị đang có tình trạng nhiễm Chlamydia trachomatis, đây là tác nhân lây lan qua đường tình dục rất phổ biến. Hiện tại chị không cần quá lo lắng, tôi sẽ cho chị đơn thuốc điều trị. Một số vấn đề để tư vấn cho BN nếu đủ thời gian: > Nên được tầm soát các STDs khác: lậu, giang mai, HIV đồng thời khuyến khích tiêm ngừa HPV, VGSV B. > Điều trị bắt buộc cho bạn tình có thể ngăn tái nhiễm cho người nhiễm và nhiễm cho bạn tình khác.</p>
--	--	---

		<p>> Không QHTD 7 ngày sau uống liều duy nhất hoặc trong vòng 7 ngày điều trị hoặc đến khi hết triệu chứng.</p> <p>> Tất cả các thủ thuật xâm lấn vào buồng TC khi đang bị viêm CTC do chlamydia nên được trì hoãn đến khi đã được kiểm soát.</p> <p>THAM KHẢO THÊM: https://drive.google.com/file/d/1f-FAP8YaAzZkHX5fC1PB1hWAMYePAbxo/view</p>
3	Kết thúc	

TU VẤN TRÁNH THAI

Chào c, mời c ngồi, t tên là LTH là bác sĩ sẽ tư vấn cho c hôm nay, mời c giới thiệu về bản thân

1. **Hoàn cảnh kinh tế xã hội**
 - Tuổi
 - Nghề nghiệp
 - Trình độ học vấn
2. **Đặc điểm chu kỳ kinh**
 - Đều
 - Kinh chót, kinh áp chót
 - Hành kinh mấy ngày, lượng
3. **Tránh thai đang dùng**
4. **Thời gian mong muốn ngửa thai**
5. **Dự định có con trong tương lai**

Sau đây là vài vấn đề nhạy cảm nhưng quan trọng trong việc tư vấn lựa chọn BPTT cho c mong c sẽ hợp tác vs t

6. **Tần suất quan hệ**
7. **Giới hạn dùng**
 - PARA, TNTC
 - Hậu sản cho con bú, phá thai
 - Đau đầu, THA, ĐTĐ
 - K vú, huyết khối, tim mạch
 - Viêm nhiễm phụ khoa
 - Hút thuốc lá, béo phì
8. Có mong muốn **lựa chọn bp nào trc** chưa? Các quan điểm về tránh thai
9. **Đưa ra 3-4 phương pháp thích hợp** vs ưu nhược điểm để khách hàng tự lựa chọn

Biện pháp tránh thai	Ưu điểm- hiệu quả	Nhược điểm- tác dụng phụ	Giá thành
Bao cao su	<ul style="list-style-type: none"> • Bảo vệ kép: Vừa tránh thai- vừa ngăn STDs • Dễ dàng mua và sử dụng • Không gây khó chịu nhiều khi sử dụng • Không ảnh hưởng đến sinh sản • Hiệu quả ngừa thai: 82%- tức là 100 người dùng sau 1 năm có khoảng 18 ng vẫn có thai 	<ul style="list-style-type: none"> • Có thể gây kích ứng âm đạo người nữ • Có thể rách, tuột bao trong quá trình sử dụng 	<ul style="list-style-type: none"> • Nhiều giá từ 3K trở lên • Được phát miễn phí tại trung tâm kế hoạch hóa gia đình
COCS	<ul style="list-style-type: none"> • Không xâm lấn- tức là không phải đặt bất kỳ vật lạ gì vào người mình hết 	<ul style="list-style-type: none"> • Đòi hỏi uống đều đặn • Có thể gây bất thường trong hành kinh 	<ul style="list-style-type: none"> • Nhiều giá: từ 40K/ vỉ

	<ul style="list-style-type: none"> Không cần tái khám nhiều lần Đễ dàng mua và sử dụng Hồi phục sinh sản: sau #1 tuần Nếu có thai trong qt sử dụng không gây hại cho thai Hiệu quả: 91% 	<ul style="list-style-type: none"> Buồn nôn, đau đầu, tăng cân, căng ngực Không ngừa ngừa STD 	
POP	<ul style="list-style-type: none"> Giống COCs Dùng được khi có chống chỉ định COCs 	<ul style="list-style-type: none"> Tuân thủ nghiêm ngặt thời gian uống Không ngừa đc STD 20%: không kinh, 40% hành kinh bình thường, 40% rối loạn kinh nguyệt 	
DMPA	<ul style="list-style-type: none"> Tác dụng lâu: 3 tháng Kín đáo, thuận tiện, nhanh chóng Dùng khi cho con bú, không dùng dc Estrogen Giảm máu kinh Ngừa tình trạng: u xơ, u vú, viêm vùng chậu, K nội mạc tử cung, u buồng trứng, viêm vùng chậu Hiệu quả 99% 	<ul style="list-style-type: none"> Gây bất thường về kinh: <ul style="list-style-type: none"> Kinh kéo dài: 1-2 tháng dùng Mất kinh: 9-12 tháng dùng Không thể lấy thuốc ra khi cần mà phải đợi hết 3 tháng TDP mụn, sạm da Hồi phục sinh sản chậm: 2-4 tháng Không ngừa dc STD Viêm nhiễm tại chỗ tiêm Giảm ham muốn 	<ul style="list-style-type: none"> Giá: miễn phí do trung tâm bà trẻ em tài trợ
IMPLANON	<ul style="list-style-type: none"> Tác dụng lâu: 3 năm Kín đáo, thuận tiện, nhanh chóng Có thể rút que ra khi cần Hồi phục sinh sản nhanh: #1 tuần sau rút 	<ul style="list-style-type: none"> Viêm nhiễm tại chỗ cấy Tháo khó Sốc phản vệ Không ngừa đc STD 	<ul style="list-style-type: none"> Cấy 3tr4
Dụng cụ TC	<ul style="list-style-type: none"> Thời gian sử dụng dài 5-10 năm Lấy dễ dàng khi cần Hồi phục sinh sản nhanh Không ảnh hưởng hệ nội tiết cơ thể 	<ul style="list-style-type: none"> Di trú trong qt sử dụng Thủng tử cung Tuột Nhiễm trùng Có thai ngoài Giảm thai ngoài do giảm tỉ lệ mang thai, nhưng nếu vỡ kế hoạch tỉ lệ TNTC rất cao Khó chịu: do dây, do kích ứng âm đạo Cấu tạo tử cung không phù hợp đặt Không ngừa được STD 	<ul style="list-style-type: none"> LNG-IUD 3tr tiền công 600k, Cu-IUD thì rẻ Giá #600k do được bà mẹ trẻ em tài trợ

10. Sau khi BN chọn hỏi thêm về CCD của PP đó

Nói dc Cat 1, Cat 2

Implanon	<p>Xác định ko có thai, bắt đầu sớm nhất có thể, giải thích rằng LAM hiệu quả ko cao, nếu sau N5 của CK thì dùng BCS trong 7d kế tiếp</p> <p>Sát trùng da gây tê sau đó sẽ cấy que vào mặt trong cánh tay cả quá trình chỉ khoảng 5p</p> <p>Quay trở lại ngay khi: đau, mủ, sưng đỏ vùng chích hoặc khi tăng cân nhiều (giảm tác dụng thuốc), tác dụng phụ nặng</p>
COCs	<p>Xác định ko có thai, bắt đầu sớm nhất có thể, giải thích rằng LAM hiệu quả ko cao, nếu sau N5 của CK thì dùng BCS trong 7d kế tiếp</p>

	<p>Uống vào 1 giờ nhất định, phải theo chiều mũi tên</p> <p>Có loại 21 viên uống hết nghỉ 7d sau đó uống lại vào ngày thứ 8, loại 28 viên uống theo mũi tên vì có 7 viên giả dược</p> <p>Sẽ hành kinh trong thời gian ngưng thuốc loại 21 viên hoặc khi uống 7 viên cuối loại 28v</p> <p>Thời gian đầu có thể ra máu bất thường, buồn nôn, chóng mặt, căng ngực</p> <p>Đến khám khi gặp tác dụng phụ của thuốc</p> <p>Xử trí quên thuốc:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quên 1 viên uống ngay khi nhớ, 1 viên thường lệ - Quên 2 viên trong 7d đầu: 1v nhớ, 1 viên thường lệ BCS 7d - Quên 2 viên sau 7d đầu: 1v nhớ, 1 viên thường lệ - Quên 2 viên sau 2 tuần: 1v nhớ, 1 viên thường lệ, hôm sau uống 2 lần 1 viên, vì kể ko khoảng nghỉ <p>Tái khám khi có khó khăn khi sử dụng không thể giải quyết</p>
POP	<p>Xác định ko có thai, bắt đầu sớm nhất có thể, giải thích rằng LAM hiệu quả ko cao, nếu sau N5 của CK thì dùng BCS trong 7d kế tiếp</p> <p>Uống vào đúng 1 giờ trong ngày, uống liên tục không khoảng nghỉ</p> <p>Nếu trễ >3h xem như quên thuốc, 1v nhớ, 1v thường lệ, BCS trong 48h</p> <p>Tái khám khi có khó khăn khi sử dụng không thể giải quyết</p>
DCTC	<p>Xác định ko có thai, bắt đầu sớm nhất có thể, giải thích rằng LAM hiệu quả ko cao</p> <p>Được thực hiện trong phòng thủ thuật, được dùng thuốc giảm đau và KS dự phòng. Thời gian đặt khoảng 5p</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Toa về: <ul style="list-style-type: none"> ○ Doxycyclin 100mg 01v x2 uống trong 07 ngày ○ No spa 80 mg 01v x2 uống trong 03 ngày ● Tái khám <ul style="list-style-type: none"> ○ Theo hẹn: sau 1 tuần, sau 1 tháng, định kì hàng năm ○ Tái khám ngay: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tuột ra ▪ Đau bụng nhiều, càng ngày càng tăng ▪ Ra máu nhiều ▪ Sốt cao, dịch âm đạo nặng mùi <p>Cu-IUD: Nếu vỡ kế hoạch thì NC thai ngoài tử cung là cao, hiệu quả tránh thai 11 năm</p> <p>Dụng cụ tử cung phóng thích nội tiết: ưu điểm tránh thai hiệu quả cao hơn dụng cụ chứa đồng, ngăn được phóng noãn nên tránh được thai ngoài tử cung,</p>

	đồng thời điều trị xuất huyết cường kinh cho bệnh nhân u xơ tử cung, hiệu quả tránh thai khoảng 5 năm
BCS	<ul style="list-style-type: none"> • Sử dụng: 5 bước sử dụng BCS <ul style="list-style-type: none"> ○ Kiểm tra bao: hạn sử dụng, nguyên vẹn của vỏ, không biến dạng, cẩn thận khi xé bao, tránh làm thủng bao ○ Đeo bao: khi dương vật cứng, trước khi tiếp xúc dương vật bạn tình, kéo da qui đầu ra sau ○ Vòng quấn bao ở phía ngoài, bóp nhẹ đuôi khí đầu bao, tạo túi nhỏ đầu bao. Thường xuyên kiểm tra bao có còn nguyên vẹn khi quan hệ ○ Sau phóng tính, rút dương vật ra, giữ dương vật ở phần gốc. Tháo bằng cách vuốt từ gốc ra, túm miệng bao để không chảy tinh dịch ra ○ Dùng 1 lần, vứt sau khi cột miệng bao, không vứt vào bồn cầu gây tắc • Khó khăn khi sử dụng và cách giải quyết: <ul style="list-style-type: none"> ○ Rách bao: thay ngay 1 bao cao su khác và sử dụng thuốc ngừa thai khẩn cấp ○ Dị ứng: đổi BCS có thành phần cấu tạo khác loại đang dùng

TƯ VẤN TRÁNH THAI (sưu tầm)

Tổng quan tư vấn ngừa thai :

1/ Hoàn cảnh kinh tế - xã hội khách hàng :

- Tuổi
- PARA
- Nghề nghiệp
- Trình độ học vấn

2/ Đặc điểm chu kì kinh nguyệt :

- Đều
- Kinh cuối
- hành kinh mấy ngày
- Lượng máu
- Màu ? loãng ? có cục ?
- Triệu chứng kèm theo : đau bụng , nôn ói

3/ Nhu cầu ngừa thai trong bao lâu ?

- Cách hỏi : Khi nào chị muốn có con lại ?

4/ Nhu cầu ngừa thai :tuyệt đối hay tương đối?

- Cách hỏi : nếu có thai thì phá hay giữ?

5/ Phương pháp ngừa thai đã từng sử dụng trước đó ?

6/ Tần suất quan hệ tình dục

7/ Tiền căn bệnh lý nội - ngoại khoa

8/ Trước khi đến đây chị đã có mong muốn lựa chọn pp nào chưa ? (*)

9/ Tư vấn các pp ngừa thai thích hợp : ưu khuyết điểm -> để khách hàng tự lựa chọn .

Đề bài tư vấn ngừa thai có 3 dạng :

- Dạng 1 : tư vấn ngừa thai ở người bình thường
- Dạng 2 : tư vấn ngừa thai ở người có bệnh lý kèm theo
- Dạng 3 : xử trí các vấn đề bất thường khi đang sử dụng pp ngừa thai.

I. **Bước 1**: Gặp Gỡ

- Nhìn thẳng vào bệnh nhân- vùng cằm hoặc trán
- **Chào hỏi lịch sự**: phong cách, ngôn từ cử chỉ
 - Chào chị, mời chị ngồi- nhớ nhìn vào cằm bệnh nhân, nở miệng cười thánh thiện- dùng tay mời bn ngồi

- **Giới thiệu bản thân:** Tên- nhiệm vụ- vai trò
 - Tôi là BS ... hôm nay tôi sẽ là người tư vấn cho chị

II. **Bước 2:** Gợi hỏi:

- **Mời thai phụ tự giới thiệu về bản thân:**
 - Dạ cho hỏi chị tên gì? Năm nay chị bao nhiêu tuổi, hiện tại chị đang sinh sống ở đâu và chị đang làm nghề gì?
 - Lúc bn trả lời thì *mắt nhìn bệnh nhân, gật đầu* thể hiện sự chú ý vào câu nói của bệnh nhân.
- **Hỏi lý do đến phòng khám:**
 - Hôm nay tôi có thể giúp gì cho chị?
 - Tôi đến để tìm hiểu biện pháp tránh thai.
- **Hỏi về kiến thức của bệnh nhân:**
 - Biện pháp tránh thai trước đó từng dùng? Có khó khăn gì trong việc sử dụng phương pháp đó hay không?
 - Chị đã sử dụng biện pháp tránh thai nào trước đây rồi?
 - Chị sử dụng biện pháp đó như thế nào? Khách hàng trả lời xong → khen: chị biết như vậy là rất tốt rồi.
 - Vậy tại sao chị lại đổi biện pháp tránh thai khác?
 - Vậy ngoài biện pháp đó ra thì chị còn biết biện pháp nào không?
 - Chị có muốn chọn một biện pháp hiệu quả nhất không?
 - Chị sẽ làm gì khi có thai ngoài ý muốn?
 - Chị đang làm gì để bảo vệ mình khỏi các bệnh lây truyền qua đường tình dục?
 - Chị có biết về ngừa thai khẩn cấp hay không?
 - Tác dụng phụ mà chị sẵn sàng chấp nhận?
- **Hỏi về vấn đề xã hội- y học:**
 - Hiện tại chị đã có con chưa? Chị có dự định sinh thêm bé nữa không? Khi nào sinh thêm?
 - Bạn tình của chị có muốn có thêm con trong tương lai không?
 - Bạn tình của chị có đồng ý sử dụng bao cao su và/hoặc trả tiền cho việc ngừa thai không?
 - Bạn tình của chị có đồng ý kiêng giao hợp khi chưa sử dụng biện pháp tránh thai hay không?
 - Xung quanh gia đình có ai gây áp lực bắt buộc chị hay chị tự nguyện đi tránh thai?
- Hỏi về tiền căn
 - PARA
 - Chu kỳ kinh nguyệt, bệnh lý phụ khoa
 - Bệnh lý nằm trong chống chỉ định loại 3,4

III. **Bước 3:** Cung cấp thông tin: Chỉ cung cấp những biện pháp có thể sử dụng sau khi đã loại những biện pháp có chống chỉ định loại 3,4

Biện pháp tránh thai	Ưu điểm- hiệu quả	Nhược điểm- tác dụng phụ	Giá thành

Bao cao su	<ul style="list-style-type: none"> Bảo vệ kép: Vừa tránh thai- vừa ngăn STDs Dễ dàng mua và sử dụng Không gây khó chịu nhiều khi sử dụng Không ảnh hưởng đến sinh sản Hiệu quả ngừa thai: 82%- tức là 100 người dùng sau 1 năm có khoảng 18 người vẫn có thai 	<ul style="list-style-type: none"> Có thể gây kích ứng âm đạo người nữ Có thể rách, tuột bao trong quá trình sử dụng 	<ul style="list-style-type: none"> Nhiều giá từ 3K trở lên Được phát miễn phí tại trung tâm kế hoạch hóa gia đình
COCS	<ul style="list-style-type: none"> Không xâm lấn- tức là không phải đặt bất kỳ vật lạ gì vào người mình hết Không cần tái khám nhiều lần Dễ dàng mua và sử dụng Hồi phục sinh sản: sau #1 tuần Nếu có thai trong qt sử dụng không gây hại cho thai Hiệu quả: 91% 	<ul style="list-style-type: none"> Đòi hỏi uống đều đặn Có thể gây bất thường trong hành kinh Buồn nôn, đau đầu, tăng cân, căng ngực Không ngăn ngừa STD 	<ul style="list-style-type: none"> Nhiều giá: từ 40K/ vỉ
POP	<ul style="list-style-type: none"> Giống COCs Dùng được khi có chống chỉ định COCs 	<ul style="list-style-type: none"> Tuân thủ nghiêm ngặt thời gian uống Không ngừa đc STD 20%: không kinh, 40% hành kinh bình thường, 40% rối loạn kinh nguyệt 	<ul style="list-style-type: none">
DMPA	<ul style="list-style-type: none"> Tác dụng lâu: 3 tháng Kín đáo, thuận tiện, nhanh chóng Dùng khi cho con bú, không dùng dc Estrogen Giảm máu kinh Ngừa tình trạng: u xơ, u vú, viêm vùng chậu, K nội mạc tử cung, u buồng trứng, viêm vùng chậu Hiệu quả 99% 	<ul style="list-style-type: none"> Gây bất thường về kinh: <ul style="list-style-type: none"> Kinh kéo dài: 1-2 tháng dùng Mất kinh: 9-12 tháng dùng Không thể lấy thuốc ra khi cần mà phải đợi hết 3 tháng TDP mụn, sạm da Hồi phục sinh sản chậm: 2-4 tháng Không ngừa đc STD Viêm nhiễm tại chỗ tiêm Giảm ham muốn 	<ul style="list-style-type: none"> Giá: miễn phí do trung tâm bà trẻ em tài trợ
IMPLANON	<ul style="list-style-type: none"> Tác dụng lâu: 3 năm Kín đáo, thuận tiện, nhanh chóng Có thể rút que ra khi cần Hồi phục sinh sản nhanh: #1 tuần sau rút 	<ul style="list-style-type: none"> Viêm nhiễm tại chỗ cấy Tháo khó Sốc phản vệ Không ngừa đc STD 	<ul style="list-style-type: none"> Giá #2 triệu 3
Dụng cụ TC	<ul style="list-style-type: none"> Thời gian sử dụng dài 5-10 năm Lấy dễ dàng khi cần Hồi phục sinh sản nhanh Không ảnh hưởng hệ nội tiết cơ thể 	<ul style="list-style-type: none"> Di trú trong qt sử dụng Thủng tử cung Tuột Nhiễm trùng Có thai ngoài Khó chịu: do dây, do kích ứng âm đạo Cấu tạo tử cung không phù hợp đặt Không ngừa được STD 	<ul style="list-style-type: none"> Giá #600k do được bà mẹ trẻ em tài trợ

- Nãy giờ tôi đã cung cấp các biện pháp tránh thai, chị có chỗ nào thắc mắc không?

IV. **Bước 4:** Giúp bệnh nhân lựa chọn

- Khi bệnh nhân lựa chọn được 1 phương pháp → hỏi những câu hỏi xem bệnh nhân có chống chỉ định của phương pháp đó không.
- Nếu không có đi tiếp qua bước 5. Nếu có thì giúp bệnh nhân lựa chọn phương pháp khác
- Cách nói:
 - Vậy trong các phương pháp tránh thai trên, chị lựa chọn phương pháp nào
 - Đặt câu hỏi về chống chỉ định (trong từng cách tránh thai cụ thể có)
 - Sau đó:
 - Qua nhưng gì chị nói, chị không có chống chỉ định dùng phương pháp này → tư vấn kĩ hơn (bước 5)
 - Qua nhưng gì chị nói, chị có chống chỉ định dùng phương pháp này, chị nên lựa chọn các phương pháp khác phù hợp hơn
- Câu hỏi chống chỉ định cho từng phương pháp:

Phương pháp	Câu hỏi chống chỉ định- gom cả loại III và IV theo WHO
Bao cao su	<ul style="list-style-type: none"> • Trước giờ chị và bạn tình đã sử dụng bao cao su bao giờ chưa? Có bị ngứa, viêm gì không?
COCs	<ul style="list-style-type: none"> • Nguy cơ xơ vữa <ul style="list-style-type: none"> ○ Tuổi có >35t không +hút thuốc lá >15 điếu/ ngày ○ Bệnh mạch vành, mạch máu não. ○ Cao huyết áp, đột quỵ ○ SLE có kháng thể kháng phospho lipid • Nguy cơ huyết khối: <ul style="list-style-type: none"> ○ Tắc mạch huyết khối, cơ địa tăng đông ○ Bệnh valve tim hậu thấp biến chứng ○ Hậu sản: 6 tháng-cho bú/ 6 tuần- không cho bú • Bệnh tăng nặng do thuốc: <ul style="list-style-type: none"> ○ U vú(trước đó hoặc hiện tại), viêm gan, u gan, đường mật ○ Điều trị động kinh, kháng sinh rifamipin • Câu hỏi cho bệnh nhân: <ul style="list-style-type: none"> ○ Chị có hút thuốc lá không? ○ Trước giờ có bị bệnh gì không? ○ Như: tăng huyết áp, mạch vành, mạch não, huyết khối, valve tim, u vú, viêm gan, u gan, lupus, động kinh ○ Có mới sinh xong không? Có cho bú mẹ không? Được bao lâu ? ○ Có đang dùng thuốc gì không? Kháng sinh, ngừa co giật..?
POP	<ul style="list-style-type: none"> • Thuyên tắc mạch • Xơ vữa mạch: <ul style="list-style-type: none"> ○ Đột quỵ tại thời điểm nay; THA chưa ổn, SLE • Bệnh tăng nặng do thuốc <ul style="list-style-type: none"> ○ U vú ○ Viêm gan, u gan, đường mật • Câu hỏi: <ul style="list-style-type: none"> ○ Trước giờ tới nay chị có bị bệnh gì không? ○ Như ung thư vú, tăng huyết áp, đột quỵ, lupus, tắc mạch, u gan, viêm gan, đường mật ổn không? ○ Có đang dùng thuốc gì không? Kháng sinh, ngừa co giật..?

DMPA	<ul style="list-style-type: none"> Thuyên tắc mạch- không dành cho implanon Xơ vữa mạch: <ul style="list-style-type: none"> Mạch vành, đột quy, THA chưa ổn, SLE Tiểu đường: >20 năm/ biến chứng vòng mạc Tăng nặng: <ul style="list-style-type: none"> U vú, u gan, viêm gan, đường mật AUB- chưa rõ nguyên nhân
IMPLANON	<ul style="list-style-type: none"> Nam hóa thai nhi: <ul style="list-style-type: none"> Hậu sản cho con bú < 6 tuần Câu hỏi: <ul style="list-style-type: none"> Trước giờ có bệnh gì không? Như huyết khối(không có CCĐ của implanon), mạch vành, đột quy, tăng huyết áp, lupus, đái tháo đường, u vú, bệnh gan? Có mới sanh gần đây không? Cho con bú không?
DỤNG CỤ TỬ CUNG	<ul style="list-style-type: none"> Mang thai Nguy cơ/ tình trạng nhiễm trùng AUB- hông rõ nguyên nhân Bệnh tăng nặng khi dùng: xuất huyết giảm tiểu cầu, sau bệnh nguyên bào nuôi, K buồng trứng Câu hỏi: <ul style="list-style-type: none"> Có trễ kinh không? Dạo này có thấy cửa mình có dịch nhiều hơn, có mùi lạ không? Có ngứa rát cửa mình không? Có chảy máu ở dưới không? Trước giờ có bệnh gì không? Như giảm tiểu cầu, thai trứng, u buồng trứng ?

V. Bước 5: Giải thích cho khách hàng kĩ hơn về biện pháp tránh thai đó

Phương pháp	Hướng dẫn cụ thể
Bao cao su	<ul style="list-style-type: none"> Sử dụng: 5 bước sử dụng BCS <ul style="list-style-type: none"> Kiểm tra bao: hạn sử dụng, nguyên vẹn của vỏ, không biến dạng, cẩn thận khi xé bao, tránh làm thủng bao Đeo bao: khi dương vật cứng, trước khi tiếp xúc dương vật bạn tình, kéo da qui đầu ra sau Vòng quấn bao ở phía ngoài, bóp nhẹ đuổi khí đầu bao, tạo túi nhỏ đầu bao. Thường xuyên kiểm tra bao có còn nguyên vẹn khi quan hệ Sau phóng tinh, rút dương vật ra, giữ dương vật ở phần gốc. Tháo bằng cách vuốt từ gốc ra, túm miệng bao để không chảy tinh dịch ra Dùng 1 lần, vứt sau khi cột miệng bao, không vứt vào bồn cầu gây tắc Khó khăn khi sử dụng và cách giải quyết: <ul style="list-style-type: none"> Rách bao: thay ngay 1 bao cao su khác và sử dụng thuốc ngừa thai khẩn cấp Dị ứng: đổi BCS có thành phần cầu tạo khác loại đang dùng
COCs	<ul style="list-style-type: none"> Sử dụng: <ul style="list-style-type: none"> Thời điểm: <ul style="list-style-type: none"> Càng sớm càng tốt, trước ngày thứ 5 của chu kỳ kinh, trong 7 ngày sau bỏ, sảy thai Tại thời điểm bất kỳ, thử que không có thai có thể uống và dùng BCS trong 7 ngày kế tiếp Cách uống: <ul style="list-style-type: none"> Uống thuốc hàng ngày, vào 1 giờ nhất định, theo chiều mũi tên

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Thời gian ngắn: dùng kèm BCS ○ Nằm bất động lâu: > 2 tuần <ul style="list-style-type: none"> ▪ Báo BS điều trị ▪ Đổi BPTT khác ▪ Bắt đầu lại sau đi lại được 2 tuần ○ Dấu hiệu bệnh lý nội ngoại: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Đổi BPTT, tìm nguyên nhân ○ Nghỉ ngơi có thai: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Thử thai ▪ Ngưng thuốc- không gây ảnh hưởng thai kì
POP	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sử dụng <ul style="list-style-type: none"> ○ Thời điểm <ul style="list-style-type: none"> ▪ Càng sớm càng tốt trong 5 ngày đầu kì kinh, 7 ngày sau bỏ, sảy thai ▪ Sau sinh 48 giờ- 4 tuần đầu sau sinh ▪ Dùng BPTT nội tiết: đúng và liên tục → dùng ngay ▪ Nếu ngoài khoảng này, không có thai: dùng BCS, tránh giao hợp 2 ngày kế tiếp sau thuốc ○ Cách dùng: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 viên vào đúng 1 giờ trong ngày ▪ Uống liên tục không khoảng nghỉ ▪ Nếu trễ >3 giờ- POP cũ/ 12h- POP mới → quên thuốc ▪ Khó khăn khi sử dụng, xử trí <ul style="list-style-type: none"> ○ Quên thuốc <ul style="list-style-type: none"> ▪ Có kinh: 1 viên khi nhớ → 1 viên thường lệ → biện pháp bảo vệ trong 2 ngày tiếp/ nếu QH → tránh thai khẩn cấp ○ Nôn <2h sau uống thuốc: uống lại viên thuốc ○ Nôn ói, tiêu chảy nhiều <ul style="list-style-type: none"> ▪ ≤24 giờ: uống bình thường ▪ ≥2 ngày : như quên thuốc ○ Vô kinh: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hỏi coi có chắc chắn uống thuốc đúng đủ đều không? Nếu không → thử thai; nếu có → trấn an: thường gặp không nên quá lo lắng ○ Kinh không đều, máu thâm gọt: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hỏi: uống đúng đủ đều? nôn, tiêu chảy? dùng thuốc: rifampicin, chống động kinh → nếu có thì hướng dẫn ▪ Kê đơn: ibuprofen ▪ Trấn an: 40% người dùng sẽ bị như vậy ▪ Sau thời gian dài sử dụng, điều trị kháng viêm vẫn rối loạn → đổi thuốc ○ Đau đầu: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Para ▪ Không giảm, nặng hơn → đổi biện pháp ○ Căng ngực: chườm nóng lạnh, Para/ nếu cho con bú: tiếp tục cho, chườm nóng lạnh, tìm cách cho nó bú cho bớt căng, sốt thì kháng sinh ○ Đau bụng dưới: nang, u buồng trứng, thai ngoài, viêm chậu, ruột thừa ○ Dùng Rifampicin/ ngừa co giật: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Thời gian dài: đổi BPTT ▪ Thời gian ngắn: dùng kèm BCS ○ Buồn nôn, chóng mặt: uống tối ○ Dấu hiệu bệnh lý nội ngoại: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Đổi BPTT, tìm nguyên nhân ○ Nghỉ ngơi có thai: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Thử thai ▪ Ngưng thuốc- không gây ảnh hưởng thai kì
DMPA	<ul style="list-style-type: none"> • Sử dụng

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Thời điểm <ul style="list-style-type: none"> ▪ Càng sớm càng tốt trong 5 ngày đầu kì kinh, 7 ngày sau bỏ, sảy thai ▪ Sau sinh 48 giờ- 6 tuần-cho bú/ 21 ngày- không cho bú ▪ Dùng BPTT nội tiết: đúng và liên tục → dùng ngay ▪ Nếu ngoài khoảng này, không có thai: dùng BCS, tránh giao hợp 7 ngày kế tiếp sau thuốc ● Quá trình thực hiện: <ul style="list-style-type: none"> ○ Trước tiên chị sẽ được thử thai để đảm bảo không có thai ○ Sau đó Chị sẽ được sát khuẩn và tiêm 1 mũi thuốc vào vùng bắp tay hoặc mông của mình ● Khó khăn khi sử dụng, xử trí <ul style="list-style-type: none"> ○ Có 1 số biến chứng: viêm nhiễm tại chỗ tiêm, áp xe nhưng tỉ lệ thấp ○ Đến muộn ngày tiêm thuốc: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Chưa quá 4 tuần: tiêm và không cần BPTT hỗ trợ ▪ Quá 4 tuần: <ul style="list-style-type: none"> • Tiêm dùng BPTT hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp • Nếu QH không an toàn → dùng tránh thai khẩn cấp ○ Vô kinh: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Trấn an, giải thích hầu hết dùng sẽ bị và nếu không chấp nhận → đổi BPTT khác ○ Ra máu thấm giọt, kinh không đều: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Trấn an, giải thích sau 1 thời gian sử dụng sẽ hết ▪ Kê toa thuốc: Mifenamic acid 500mg 1v x2 U/ 5 ngày- sau ăn ▪ Nếu trước đó dùng mà kinh vẫn bình thường → kiểm tra lại tìm nguyên nhân ○ Rong kinh, cường kinh: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Trấn an, giải thích, sau 1 thời gian sử dụng sẽ hết, khuyên ăn thêm thực phẩm giàu sắt, uống viên sắt ▪ Có thể dùng COCs để trị ▪ Ảnh hưởng đến sức khỏe → đổi biện pháp khác ○ AUB: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ngưng thuốc tìm nguyên nhân ○ Tăng cân: thay đổi chế độ ăn ○ Thay đổi tính tình, Giảm ham muốn: hỏi xem có yếu tố nào từ cuộc sống tác động vô trước khi nghĩ do thuốc ○ Cương vú: loại trừ có thai trước tiên ○ Giảm tỉ trọng xương: ngưng sau 2-3 dùng trở về bình thường ○ Xuất hiện bệnh nội khoa: truyền tắc, THA... → ngưng trong thời gian chẩn đoán bệnh ○ Có thai: ngưng thuốc không ảnh hưởng đến thai kì
IMPLANON	<ul style="list-style-type: none"> ● Sử dụng: <ul style="list-style-type: none"> ○ Càng sớm càng tốt, trong 5 ngày đầu chu kì kinh ○ Nếu ngoài → BPTT hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp ● Quá trình thực hiện: <ul style="list-style-type: none"> ○ Trước tiên sẽ dc thử thai để đảm bảo không có thai ○ Chúng tôi sẽ sát trùng gây tê sau đó sẽ cấy que này dưới da mặt trong cánh tay của chị ○ Cả quá trình chỉ mất khoảng 5 phút ● Khó khăn khi sử dụng <ul style="list-style-type: none"> ○ Vô kinh: trấn an giải thích, nếu không chịu → đổi BPTT ○ Kinh không đều/ ra máu thấm giọt: trấn an, giải thích, sau 1 thời gian sử dụng sẽ hết, kê đơn ibuprofen 800mg x3 trong 5 ngày

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Cường kinh, rong kinh: trấn an, dùng COCs (nếu trước đó dùng bình thường mà nay bất thường → tìm nguyên nhân) ○ Đau hạ vị: tìm nguyên nhân: thai ngoài, u, nang buồng trứng, viêm vùng chậu, viêm ruột thừa ○ Đau sau cấy: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tránh đè nặng vào vùng cấy trong vài ngày ▪ Thay/ nói lỏng băng ép ▪ Dùng thuốc giảm đau: aspirin ○ Viêm nhiễm tại nơi cấy: ○ Sát trùng, kháng sinh, rạch dẫn lưu nếu có apxe, hẹn tái khám 1 tuần, rút que nếu tình trạng không ổn ○ Nhức đầu, căng ngực, dùng thuốc: kháng sinh, ngừa co giật, xuất hiện bệnh lý nội khoa, có thai: như trên
Dụng cụ tử cung chứa đồng	<ul style="list-style-type: none"> • Thời điểm Sử dụng: <ul style="list-style-type: none"> ○ Bất cứ lúc nào, miễn là không có thai, đặt được ngay và QH không cần dùng BPTT hỗ trợ ○ Sau phá, sảy thai- TCN 1, TCN 2: đặt được ngay • Quá trình thực hiện: <ul style="list-style-type: none"> ○ Chị sẽ được thử thai để đảm bảo rằng không có thai ○ Chị sẽ được khám và đánh giá trước khi đặt ○ Dùng que thử thai kiểm tra có thai ○ Chị sẽ được thực hiện trong phòng thủ thuật ○ Sẽ được dùng thuốc giảm đau và kháng sinh dự phòng ○ Sau đó sẽ dùng dụng cụ để bóc lộ cổ tử cung và sau đó đặt vào tử cung ○ Thời gian đặt khoảng 5 phút • Khó khăn khi sử dụng: <ul style="list-style-type: none"> ○ Thủng tử cung: thường xảy ra trong lúc đặt <ul style="list-style-type: none"> ▪ Thử rút ra, nếu không được thì nội soi điều trị- thì không hồi đầu ○ AUB rỉ rả, thường xuyên: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Loại trừ có thai, nếu có thai → loại trừ thai ngoài ▪ Loại trừ do nhiễm trùng- hỏi tính chất ra máu: sau giao hợp ▪ Loại trừ tuột DCTC ▪ Nếu không có gì → trấn an: sau khi dùng 3-6 tháng sẽ cải thiện dần ▪ Acid tranexamic 500 mg 2v x3 uống trong 5 ngày ○ Đau hạ vị: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Loại trừ có thai, nhiễm trùng, tuột ▪ Nếu không có gì → NSAIDs: Paracetamol khi đau ○ Tuột DCTC: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Triệu chứng: co thắt: đau bụng, ra huyết hoặc âm thầm ▪ Siêu âm: đỉnh vòng cách đáy > 3cm ▪ Xử trí: lấy vong, kiểm tra: thai, nhiễm trùng → đặt lại ○ Nhiễm trùng khi sử dụng: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Viêm âm đạo do nấm, vi trùng: điều trị không cần tháo ▪ Trichomonas: tùy đáp ứng mà rút hay không ▪ STD đang bị hoặc bị 3 tháng gần đây, viêm mủ cổ tử cung: kháng sinh → rút ▪ Viêm vùng chậu: không đáp ứng sau điều trị 2 ngày → rút ○ Có thai: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 3 tháng đầu và thấy dây:

	<ul style="list-style-type: none"> Tư vấn: tháo tránh dc nguy cơ sảy thai, sanh non, nhiễm trùng nhưng quá trình tháo vòng cũng gây nguy cơ sảy thai nhưng nguy cơ thấp Hơn 3 tháng đầu hoặc không thấy dây: <ul style="list-style-type: none"> Siêu âm đánh giá vị trí Nguy cơ nếu tiếp tục mang thai có thể gây nhiễm trùng, sảy thai, sanh non nhưng không gây dị tật thai Nếu muốn giữ thai thì theo dõi kĩ còn không có thể bỏ thai Tái khám ngay khi sốt, ra máu nhiều, dịch âm đạo bất thường, đau bụng Dây gây khó chịu: <ul style="list-style-type: none"> Giải thích rằng đó là 1 cảm giác bình thường Nếu quá khó chịu → cắt ngắn dây/ rút DCTC Mất dây, không thai: <ul style="list-style-type: none"> Siêu âm đánh giá vị trí <ul style="list-style-type: none"> Đúng vị trí: dùng tiếp Sai vị trí: lấy vòng Thùng tử cung 1 phần, vòng vẫn trong tử cung: lấy qua đường âm đạo, có thể cần nội soi buồng tử cung Vòng xuyên cơ, không còn nằm trong tử cung: CT bụng chậu đánh giá vị trí → nội soi/ mở bụng lấy Không có trong lòng, trong cơ: Xquang thẳng, nghiêng Nếu thấy → ct, mở bụng/ nội soi Nếu không thấy: do tổng xuất → đặt lại/ đổi
--	---

VI. Bước 6: Dặn Dò- Hẹn Tái Khám

Bao cao su	Khi có khó khăn khi sử dụng không thể giải quyết
COCs	
POP	
DMPA	<p>Quay trở lại ngay khi: đau, mủ, sưng đỏ vùng chích hoặc khi tăng cân nhiều (giảm tác dụng thuốc), tác dụng phụ nặng</p> <p>Không thì 3 tháng sau quay lại chích mũi kế</p>
IMPLANON	Quay trở lại ngay khi: đau, mủ, sưng đỏ vùng chích hoặc khi tăng cân nhiều (giảm tác dụng thuốc), tác dụng phụ nặng
Dụng cụ tử cung đồng	<ul style="list-style-type: none"> Hướng dẫn thuốc dc phát: <ul style="list-style-type: none"> Toa về: Doxycyclin 100mg 01v x2 uống trong 07 ngày No spa 80 mg 01v x2 uống trong 03 ngày Tái khám <ul style="list-style-type: none"> Theo hẹn: sau 1 tuần, sau 1 tháng, định kì hàng năm Tái khám ngay: <ul style="list-style-type: none"> Tuột ra Đau bụng nhiều, càng ngày càng tăng

- | | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">▪ Ra máu nhiều▪ Sốt cao, dịch âm đạo nặng mùi |
|--|--|



Chào c, mời c ngồi, t tên là LTH là bác sĩ sẽ θ cho c hôm nay, mời c giới thiệu về bản thân (tên, tuổi, mẫn kinh, nghề nghiệp)

1. Xác nhận đủ chi tiết của AUB (kiểm chứng bằng chu kì trước)

- Có phải là lần hành kinh, Kinh đều, KC, KAC
- Bao nhiêu ngày, hiện tại còn không
- Số lượng và tính chất máu mất: đỏ tươi, đỏ sẫm, máu cục
- Triệu chứng kèm: hoa mắt, chóng mặt, thống kinh, triệu chứng đường tiêu
- Điều trị

2. Tiền căn

- PARA -> xem có hiện muộn ko
- PP tránh thai
- Có RL đông máu, bệnh lí tim mạch (thay van, đặt stent mạch vành,,) đang điều trị kháng đông?
- Đã biết có u xơ, kích thước, θ

3. Khám để tìm mức độ thiếu máu, tìm nguồn gốc chảy máu

- Thiếu máu: M, HA, da niêm, móng
- Đề nghị khám phụ khoa

4. Đề nghị CLS

- Mức độ thiếu máu: CTM
- Nguyên nhân chảy máu: siêu âm Doppler qua ngã âm đạo, β-hCG, đông cầm máu

5. Phân tích CLS

- Thiếu máu nặng cần can thiệp trước tiên
- Máu chảy từ L0. Ít nghĩ chảy máu do NN khác -> giải thích lí do ko nghĩ chảy máu từ NN khác

6. Xử trí

- XN nhóm máu khẩn và đăng kí hồng cầu lắng
- ≥ 2 hướng quản lí khác nhau cho thiếu máu và u xơ, so sánh được chúng

Nong cổ tử cung và nạo lòng tử cung sinh thiết và cầm máu chảy máu ít thì làm Pipelle để loại trừ ác tính

Lâm Tú Hương – Y14B – Tổ 8

Cầm máu tạm thời bằng COCs nếu đang chảy

Duy trì và θ căn cơ tùy nguyên nhân

F0: Nội soi buồng tử cung cắt u

U xơ ko triệu chứng, ko biến chứng, ổn định, sắp mãn kinh nên hiện tại PT không cần thiết

AUB (sưu tầm)

STT	Các bước	Nội dung
1	<p>Chào hỏi + hỏi bệnh sử + khám</p> <p>(tùy đề cho, nếu thông tin đã có thì không cần hỏi.)</p>	<p>Chào hỏi: Chào chị, tôi là BS ABC, là BS phụ trách khám bệnh cho chị vào ngày hôm nay</p> <p>Hành chính: Tên tuổi</p> <p>Hỏi bệnh:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lý do chị đến khám là gì? - AUB: <p>+ Bị xuất huyết từ lúc nào?</p> <p>+ Thời gian so với chu kỳ: Theo chị chảy máu lần này có phải hành kinh không? Lần ra huyết này có giống máu kinh không? trong chu kỳ/ngoài chu kỳ/vừa trong vừa ngoài? Hỏi tính chất chu kỳ: kinh đều không? Kinh chót? Kinh áp chót? chu kỳ bao nhiêu ngày? Hành kinh mấy ngày, bao nhiêu băng VS, mất máu lần này có giống những lần trước không.</p> <p>+ Tính chất máu của AUB: chảy bao lâu rồi? bao nhiêu băng vệ sinh một ngày?(nhiều hơn bình thường của BN được coi là nhiều), màu sắc? có máu cục không (máu kinh bình thường ko có hoặc không có)</p> <p>=> Giúp xác định (1) Mức độ xuất huyết: XH nhiều cần cho nhập viện + bù dịch/truyền máu (2) Kiểu xuất huyết (Định hướng nguyên nhân)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rong cường kinh: u xơ cơ tử cung dưới niêm, adenomyosis, RLDM • XH giữa chu kỳ kinh với chu kỳ đều: polyp nội mạc TC, viêm nội mạc TC, adenomyosis • XH ko theo quy luật, ko dự đoán được (không có chu kỳ, tần suất thay đổi) và thay đổi chu kỳ kinh (số ngày hành kinh, lượng máu kinh): nghĩ tới AUB-O: PCOS, bệnh lý tuyến giáp, thượng thận, tăng prolactin, XH cơ năng quanh mãn kinh và dậy thì. • AUB/trễ kinh: có thai • Vô kinh thứ phát: suy hạ đồi, suy buồng trứng, chít hẹp hoặc dính lòng TC • XH không đều, nặng ở người dùng thuốc/IUD: • Ung thư NMTC có thể có nhiều kiểu AUB khác nhau <p>+ Ảnh hưởng tới cuộc sống BN: hoa mắt chóng mặt, mất tập trung,...</p>

		<p>+ Triệu chứng kèm theo: theo thứ tự: có thai – PALM - COEIN</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Nghén: có thai ● Đau hạ vị: 7 tính chất đau. Thống kinh thì nghĩ tới adenomyosis, đau sau QHTD nghĩ tới viêm nhiễm hoặc thiếu sản NMTC/Âm đạo ● Chán ăn ,sụt cân, YTNC (béo phì, > 45t, chưa từng có thai, ĐTĐ, PCOS, ung thư trực tràng ko polyp có tính di truyền): ung thư NMTC ● XH da niêm CQ khác: cháy máu cam, xh da; XH từ lúc có kinh, tuổi dậy thì; tiền căn gia đình có bệnh RLDM ... => RLDM ● Sốt, ra huyết trắng? Tính chất? Ngứa, đỏ sưng vùng kín? Tiền căn điều trị lậu, giang mai? Tần suất QHTD? SD bao cao su? => Viêm nhiễm ● Rậm lông, rụng tóc, béo phì, mụn, đầu gai đen, hiếm muộn: PCOS ● Tim nhanh, sụt cân, hồi hộp, khó ngủ/Tăng cân, mệt mỏi, ngủ nhiều: bệnh lý giáp ● Sử dụng thuốc gần đây: COCs, POPs, thuốc kháng đông, thuốc hướng thần kinh ● Táo bón, tiểu lắt nhắt, ... <p>+Đi khám ở đâu? Điều trị trước đó? Chẩn đoán?</p> <p>Tiền căn:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Phụ: <ul style="list-style-type: none"> - Có đi khám phụ khoa bao giờ chưa? Có vấn đề gì không? Lần gần đây nhất là bao lâu? => Giấy tờ - Biện pháp tránh thai là gì? (POPs: vô kinh, rong huyết, COCs: mọi thể AUB, Cu-IUD: rong cường kinh, que cấy, thuốc tiêm: vô kinh) - Sản: <ul style="list-style-type: none"> - Hỏi PARA: <ul style="list-style-type: none"> - Trước giờ chị sanh bao nhiêu bé rồi? - Bao nhiêu bé sinh đủ tháng- Tức là từ 37 tuần trở lên? - Bao nhiêu bé thiếu tháng? Sinh từ 22-37 tuần? - Có bao giờ mình bỏ thai, hút thai? Có bao giờ sinh dưới 22 tuần chưa?Sau hút, bỏ thai có biến chứng gì không? có lần nào bị thai ngoài tử cung không? điều trị gì? - Hiện tại ở nhà mình có mấy bé? - Nội ngoại khoa <ul style="list-style-type: none"> - Đã bao giờ được bệnh về máu không? Có uống thuốc gì không? - Bệnh lý THA, ĐTĐ, tim mạch gì ko? - Mổ? Chấn thương? - Gia đình: <ul style="list-style-type: none"> - Có ai bị ung thư ko?
--	--	---

		<p>- Có ai bị bệnh lý máu không?</p> <p>Khám:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Xin mời chị lên bàn khám - Da niêm, sinh hiệu, dấu xuất huyết? Rậm lông? Béo phì/gầy? - Khám các cơ quan: tim nhanh - Khám phụ khoa: <ul style="list-style-type: none"> + Đặt mỏ vịt coi XH từ TC ko? + Khám tay: âm hộ, âm đạo, CTC, phần phụ + Vách âm đạo trực tràng <p>Kết luận: Sau khi thăm khám, hiện tại chị đang có tình trạng chảy máu âm đạo (nặng/nhẹ) kèm với Hiện tại tôi nghĩ tình trạng này là do Nên tôi chỉ 1 số xét nghiệm:</p> <ul style="list-style-type: none"> - beta-hCG - CTM - Siêu âm phụ khoa qua ngả âm đạo - Nếu AUB kèm HMB: bilan đông máu - Sinh thiết tầng hoặc sinh thiết NMTC bằng Pipelle nếu <ul style="list-style-type: none"> + AUB kèm YTNC ung thư NMTC. + Nguy cơ cao: điều trị bằng Tamoxifen, hội chứng Lynch (ung thư đại trực tràng ko polyp có tính gia đình) + SA có NMTC dày trên 11 m hoặc có các hình ảnh nghi ác tính: tăng sinh mạch máu, dày không đều, ứ dịch lòng TC + Paps ra kết quả AGS và BN có ytno ung thư tuyến NMTC/ <p>Xử trí ban đầu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nhập viện nếu AUB nặng (mất máu nhiều, da niêm nhạt, huyết động không ổn, HGB giảm) + Cầm máu bằng COCs nếu nội mạc mỏng, Progestine nếu nội mạc dày + Có thể kết hợp cầm máu bằng Tranexamic 250mg/5ml 2 ống tiêm IV + Chảy máu nhiều thì có thể nạo sinh thiết tầng.
2	Biện luận	<p>1. Có thai:</p> <ul style="list-style-type: none"> - LS: <ul style="list-style-type: none"> - Trễ kinh, đau bụng, ra huyết âm đạo - Nghén - Định lượng beta-hCG: <ul style="list-style-type: none"> - >25 mUI/mL: dương tính - < 5 mUI/mL: âm tính

		<p>2. Không có thai</p> <p>a. AUB-C:</p> <ul style="list-style-type: none"> + Chẩn đoán: <ul style="list-style-type: none"> + Chú ý ở tuổi dậy thì + Tiền căn: <ul style="list-style-type: none"> + cá nhân: xuất huyết trước đó, những lần hành kinh đầu có rong kinh, bệnh lý đông máu trước đó + gia đình: có người mắc bệnh lý đông máu + Sử dụng thuốc kháng đông + Lâm sàng: rong kinh cường kinh, khám thấy các dấu xuất huyết, máu loãng không đông + Cận lâm sàng: bilan đông máu: PT, aPTT, INR, fibrinogen, chú ý tới tiêu cầu <p>+ Xử trí: éo hỏi khó đâu</p> <ul style="list-style-type: none"> + Ngưng các loại thuốc nghi ngờ <p>b. AUB-O: nghĩ đến khi kinh nguyệt không đều</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bệnh lý giáp: tim nhanh, gầy, hồi hộp đánh trống ngực. Khám có bướu giáp. p - Bệnh lý thượng thận: hội chứng chứng Cushing - Tăng prolactin máu, - <p>c. AUB-E :</p>
--	--	---

TIẾP CẬN MỘT KHỐI Ở PHẦN PHỤ

Chào c, mời c ngồi, t tên là LTH là bác sĩ sẽ θ cho c hôm nay, mời c giới thiệu về bản thân (tên, tuổi, mẫn kinh, nghề nghiệp)

1. **LDKB:** Tình cờ phát hiện, đau bụng, u bụng, RL kinh nguyệt
2. **Chu kì kinh:** đều, KC, KAC, đau bụng kinh
3. **Triệu chứng u**
 - Cơ năng: Chu kì kinh \perp -> loại
 - o Nang noãn nang (có thể lên đến 5-8cm): tiền sử dùng steroid ngoại sinh, stress, gây ra chu kỳ không phóng noãn, bất thường chu kỳ kinh và hình thành cấu trúc nang tại buồng trứng. Thường xảy ra ở tuổi dậy thì, tiền mẫn kinh. Biến mất sau 6 tuần
 - o Nang hoàng thể (đk vượt quá 3cm): hoàng thể tồn lưu: trễ kinh, đau bụng, ra huyết, hCG (-), xuất huyết: u to nhanh, đau bụng cấp ở pha hoàng thể của chu kỳ kinh.
 - o Nang hoàng tuyến: thường gặp trong bệnh cảnh hCG tăng cao như thai trứng, đa thai, thường 2 bên.
 - Triệu chứng tùy hành
 - o PCOS: béo phì, rụng lông, rụng tóc, ĐTĐ
 - o Nang lạc: thống kinh, hiếm muộn
 - o Lao: sốt, sụt cân, chán ăn
 - o Áp xe tai vòi: tiền căn NT, thai ngoài, quan hệ không an toàn, làm thủ thuật CTC
 - Triệu chứng biến chứng: đau bụng, chèn ép cơ quan lân cận
 - Mong con?
4. **QHTD? PARA? Tiền sử khám phụ khoa, tránh thai -> UBT:** phát hiện lúc nào, kích thước, diễn tiến, θ
5. **YTNC**
 - Gia đình: K vú, K buồng trứng, K đại tràng, K tụy
 - Bản thân:
 - o Dậy thì sớm (<12t), mẫn kinh muộn (>52t), béo phì, chưa sinh con
 - o K, thuốc kháng đông, RL đông máu.
6. **Khám** sinh hiệu, phản ứng thành bụng, âm đạo/trực tràng (nếu chưa QH)
7. **Δ:** U buồng trứng biến chứng xoắn, vỡ
Δ pb:
 - U xơ tử cung
 - Áp xe phần phụ, ứ dịch tai vòi
 - U mạc treo ruột, u đại tràng
 - U sau PM
8. **Đề nghị CLS:**

- SA doppler qua ngã âm đạo
- Tumor marker: CA125, AFP (làm máy ca trẻ, tìm u tb mầm)

9. Hướng xử lý

Ví dụ

- Nang buồng trứng nhỏ phát hiện ở ½ sau chu kỳ nhiều khả năng là nang hoàng thể -> chỉ cần chờ đến đầu chu kỳ để thực hiện siêu âm kiểm tra
 - Nang buồng trứng phát hiện **đầu chu kỳ (-> u thực thể)**, kích thước đáng lưu ý, 1 năm trước chưa có hiện 6cm khối phát triển nhanh, khả năng là **tân lập**, chỉ cần thực hiện thêm **các thăm dò bổ sung** trước khi có kết luận về tình trạng u
 - Nang thực thể ở phần phụ kèm theo triệu chứng cơ năng là đau vùng chậu kinh niên và triệu chứng đường tiết niệu, khối phần phụ cần xác định bản chất, cuộc mổ có thể là cần thiết cần phải khảo sát thêm để có quyết định, có khả năng là ứ dịch tai vôi.
1. Nang cơ năng: không có chỉ định can thiệp. Theo dõi đơn thuần 2-3 chu kỳ kế tiếp. Tái khám kiểm tra SA + CA125 ở chu kỳ kinh kế, sau đó ~~sau 6w, sau đó~~ mỗi 3m trong 1 năm

Có thể can thiệp khi

- COCs ngăn hình thành nang noãn nang mới
 - Θ ngoại ki có xoắn, vỡ nang, nang hoàng thể XH nghiêm trọng ko tự cầm
2. Không tân lập:
- U lạc nội mạc buồng trứng: θ vấn đề chủ (Đau: NSAIDs -> COCs hoặc progestogen - > GnRHa)
 - Ứ dịch vôi trứng của nhiễm Chlamydia: chỉ định ngoại khoa ưu tiên
3. Tân lập:
- U lành: PT nội soi/mở bụng bóc u
 - U ác: xem tóm

Bilan K: tb học dịch ổ bụng, thám sát có hệ thống gan vòm hoành mạc nối lớn các cơ quan trong ổ bụng, phải thấy dc toàn bộ PM, sinh thiết bất kỳ bề mặt PM hoặc chỗ dính nghi ngờ, sinh thiết mạc nối lớn, buồng trứng đối diện

PT triệt để: thám sát ổ bụng chậu + cell block/tb dịch ổ bụng + Cắt trọn phần phụ có u + tử cung toàn bộ + phần phụ còn lại + mạc nối lớn + sinh thiết các tổn thương nghi ngờ + nạo hạch chậu và hạch cạnh ĐM chủ bụng khi có chỉ địn + cắt ruột thừa trong K BM trứng dạng nhầy + cắt các cơ quan bị xâm lấn nếu được

TIẾP CẬN MỘT KHỐI Ở PHẦN PHỤ (sưu tầm)

[Hỏi bệnh- Lý thuyết- Khám- Các gợi ý xác định bệnh- Đề nghị CLS- Chẩn đoán và tư vấn điều trị]

I. Hành chính:

Họ tên:

Tuổi:

Lớn tuổi: nghĩ đến ác tính (trừ các u ác nguồn gốc tế bào mầm, tuổi trung bình trẻ)

Mãn kinh, chưa dậy thì: loại trừ nang cơ năng trước

PARA: đủ con chưa? Mong muốn có thai? Vô sinh?

Địa chỉ:

Nghề nghiệp: liên quan đến trình độ học vấn, chọn cách tư vấn phù hợp.

Ngày giờ nhập viện: cấp cứu hay không khẩn cấp

Lý do khám bệnh:

1. Tình cờ phát hiện
2. Đau bụng
3. Khối u ở bụng
4. RL kinh nguyệt

II. Tiền căn

1. Tiền căn gia đình: tiền căn ung thư: K vú, K đại tràng, K buồng trứng...

[Khảo sát đột biến BRCA:

- Có ≥ 3 người trong gia đình được chẩn đoán ung thư vú hoặc ung thư buồng trứng, trong đó có 1 người dưới 50 tuổi
- Có 2 người trong gia đình thế hệ thứ nhất hoặc thế hệ thứ nhì bị ung thư vú hoặc ung thư buồng trứng
- Có người trong gia đình bị ung thư vú nam giới
- Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư trước 50 tuổi
- Có người trong gia đình cùng lúc mắc ung thư vú và ung thư buồng trứng]

2. Tiền căn bản thân

a. Tiền căn nội khoa

Bệnh lý ung thư, thuốc kháng đông, RLDM (nang hoàng thể xuất huyết tái phát)

b. *Tiền căn ngoại khoa:*

c. *Tiền căn phụ khoa:*

- Kinh lần đầu, chu kỳ kinh, hành kinh, lượng máu kinh (1 BVS ướt đầm = 80 mg máu), tính chất máu kinh: đỏ tươi (lượng nhiều)/ đỏ sẫm (lượng vừa)/ nâu (lượng ít), có máu cục (lượng nhiều), đau bụng kinh (nếu có thì từ bao lâu, điều trị gì)
- Tiền căn viêm nhiễm phụ khoa: đi khám phụ khoa? Huyết trắng bệnh lý?
- Tiền căn UXTC, K phụ khoa, rong kinh, rong huyết?
- Nếu đã biết U BT: thời gian phát hiện, lí do phát hiện, kích thước lúc phát hiện (tốt nhất là có kết quả SA), diễn tiến khối u, điều trị gì?

d. *Tiền căn sản khoa:*

- Lấy chồng
- PARA. Sinh thường/mổ, lí do mổ, đủ tháng/thiếu tháng, cân nặng lớn nhất, băng huyết sau sanh.

e. *KHHGD:*

- Tránh thai bằng gì?
- Mong muốn có con?

III. **Bệnh sử:**

- *Kinh chót.* Vì sao biết là kinh chót? (kinh áp chót, tính chất kinh giống những lần hành kinh bình thường). Nếu không rõ chính xác ngày kinh chót, có 3 khả năng:

1. Kinh chót quên
2. Kinh chót không xác định (kinh không đều, không rõ là rong huyết hay kinh)
3. Mãn kinh, vô kinh (bao lâu)

- *Đau bụng:* tính chất đau bụng (vị trí, kiểu đau [cơn, liên tục], cường độ [âm ỉ, dữ dội], hướng lan, thời gian, tần suất, trch đi kèm, yếu tố tăng giảm), đau có liên quan kì kinh?

[+ cấp: xoắn nang BT (khởi đau đột ngột và dữ dội vùng bụng dưới, có thể sốc đau, nôn, buồn nôn, rối loạn đường tiêu)

Vỡ nang noãn nang/ nang hoàng thể xuất huyết (BN điển hình: không dùng COCs + chu kì kinh đều, đến khám vì đau bụng dưới cấp đang trong giai đoạn trễ của pha hoàng thể)

+ Nang noãn nang: đau có thể ở vùng bụng dưới, lệch 1 bên, nhẹ đến trung bình

+ RL kinh nguyệt + khối phần phụ đang nang, di động.

+ Nang hoàng thể: đau bụng âm ỉ ¼ dưới cùng bên + trễ kinh + rong huyết + khối phần phụ, mềm, dạng nang hay đặc (pb TNTC bằng hCG)

+Endometrioma: hiếm khi gây đau, đau liên quan kì kinh. Đau do: Adenomyosis, lạc tuyến nội mạc tử cung thâm nhiễm sâu, lạc tuyến NMTC ở phúc mạc.]

- *Khối u*: vị trí, thời gian xuất hiện, thay đổi theo chu kỳ kinh, ngày càng lớn lên/không thay đổi, đã đi khám ở đâu

- *RL kinh nguyệt*: trễ kinh, rong huyết (Nang cơ năng, u chết tiết steroid [u tb hạt, tb vỏ])...

- *Triệu chứng đi kèm*: bụng to, mệt mỏi, chán ăn, khó tiêu, táo bón, tiểu gấp, tiểuắt nhất, đau lưng, sụt cân không rõ lý do.

IV. Khám:

1. Tổng trạng:

- Da niêm hồng.
- Sinh hiệu:
- Thể trạng. Cân nặng. Chiều cao => BMI.
- Hạch ngoại biên không sờ chạm.
- **Đầu mặt cổ**: cân đối, không u, tuyến giáp không to (cường giáp nhưng giáp không to- U quá giáp đơn mô -> xạ hình: giáp bình thường nhưng tập trung iod bất thường tại vùng chậu)
- Ngực: tim, phổi (TDMP- \$Meigs)
 - Đánh giá triệu chứng toàn thân.
 - 1 vài triệu chứng đặc thù liên quan cường androgen (rậm lông, vú teo, phì đại âm vật..- BT đa nang, u tế bào Sertoli- Leydig)

2. Khám bụng: mô tả đủ tính chất khối u nếu sờ được, đặc biệt là

- Vị trí: vùng hạ vị, giữa bụng/lệch 1 bên
- Kích thước: 2 chiều
- Mật độ: căng (U BT)/chắc (UXTC)/cứng
- Di động: di động/kém di động
- Bề mặt: trơn láng/lỗ nhỗ
- Đau bụng, báng bụng

3. Khám phụ khoa.

- Âm hộ: không sang thương
- Âm đạo: trơn láng, niêm mạc hồng, không sang thương, không máu
- CTC: bề mặt trơn láng, không sang thương, lỗ CTC đóng, mật độ chắc, lắ không đau
- TC: trung gian, kích thước bình thường, chắc, di động, không đau
- Buồng trứng (phần phụ)...có khối u kích thước..., mật độ..., di động độc lập/cùng lúc TC

- Phần phụ bên kia không sờ chạm.
- Túi cùng: không đau

V. Biện luận:

1. Khối u có nguồn gốc từ BT?

- U: ngay giữa hạ vị (có thể là TC, BQ, TT), mật độ cứng/chắc (mật độ cơ trơn), di động đồng thời TC → UXTC
- U: nằm ở hạ vị lệch 1 bên (có thể là đại tràng, buồng trứng), mật độ căng, di động độc lập tử cung → U buồng trứng

2. Biện luận khối u buồng trứng

a. U thực thể vì: BN mãn kinh/chưa dậy thì, khối u không thay đổi theo chu kỳ kinh, tồn tại > 3 tháng (hơn 2-3 chu kỳ kinh)

Các yếu tố sau nghĩ đến nang cơ năng:

- + Xuất hiện độ tuổi dậy thì/TMK, độ tuổi sinh sản
- + Liên quan đến chu kỳ kinh: trễ kinh, ra huyết, đau bụng...
- + Thường không tồn tại quá 3 tháng
- + Kích thước thường không quá lớn (<6cm, nang De Graff 2-2.5cm), và thường là 1 bên (trừ nang hoàng tuyến)
- + Ít gây các biến chứng nặng nề, ít ảnh hưởng đến tổng trạng
- + Thành lập nhanh, thoái triển nhanh
 - Nang noãn nang (có thể lên đến 5-8cm): tiền sử dùng steroid ngoại sinh, stress, gây ra chu kỳ không phóng noãn, bất thường chu kỳ kinh và hình thành cấu trúc nang tại buồng trứng. Thường xảy ra ở tuổi dậy thì, tiền mãn kinh. Biến mất sau 6 tuần
 - Nang hoàng thể (đk vượt quá 3cm): hoàng thể tồn lưu: trễ kinh, đau bụng, ra huyết, hCG (-), xuất huyết: u to nhanh, đau bụng cấp ở pha hoàng thể của chu kỳ kinh.
 - Nang hoàng tuyến: thường gặp trong bệnh cảnh hCG tăng cao như thai trứng, đa thai, thường 2 bên.

b. U thực thể là tân lập/hay không tân lập

Không tân lập (Triệu chứng thường ồn ào tùy thể)	Tân lập
HC buồng trứng đa nang: cường androgen, rối loạn kinh nguyệt	- Thường im lặng
Lạc NMTC ở buồng trứng: ở độ tuổi sinh sản, thống kinh, hiếm muộn, viêm dính vùng chậu. (Nang chứa dịch chocolate). Chu kỳ kinh thường ngắn, ngày hành kinh dài, tiền căn gia đình có LNMTC, bất thường giải phẫu đường sinh dục	- Đến khi có triệu chứng thường đã là giai đoạn trễ, di căn - Chán ăn sụt cân, gầy sút, báng bụng

Lao ống dẫn trứng có thể diễn tiến âm thầm, tìm hiểu yếu tố tiền căn lao cùng với các dấu hiệu sốt, sụt cân, ho máu, v.v.	
Abscess tại vòi do viêm nhiễm đường sinh dục triệu chứng rầm rộ: sốt cao, đau bụng dưới nhiều, tiền căn STDs, sau sanh, phá thai, đặt dụng cụ tử cung, v.v..	

c. Khả năng lành tính/ác tính

- Lâm sàng:
 - + Tuổi xuất hiện: mãn kinh/dậy thì nguy cơ ác cao hơn
 - + Báng bụng /đỉnh xung quanh: nguy cơ ác tính
 - + Thời gian khối u to lên: to nhanh có nguy cơ ác tính
 - + Tổng trạng: suy kiệt, nguy cơ ác tính
- Trên LS: nghĩ nhiều lành tính/ít khả năng ác tính/chưa loại trừ ác tính
- **Đề nghị thêm CLS**
 - + SA thang xám, SA Doppler
 - + Tumor marker: AFP, β -hCG, CA125, HE4, ROMA VALUE
 - [Thông thường cần đề nghị: SA + CA125]

VI. Chẩn đoán sơ bộ:

U buồng trứng nghĩ nhiều lành tính/chưa loại trừ ác tính

VII. Cận lâm sàng:

1. Siêu âm:

- *Easy descriptors: #30% u BT xác định ngay*
 - Nang đơn thùy, phản âm dạng kính mài, ở người đang trong độ tuổi sinh sản -> Endometrioma
 - Nang đơn thùy, phản âm trống, bờ mỏng, kích thước chiều lớn nhất <10cm -> nang thanh dịch or nang cơ năng.
 - *IOTA simple rules: nhận diện được # 40% trường hợp*
- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Lành tính <ul style="list-style-type: none"> + B1: u đơn thùy đồng nhất + B2: hiện diện thành phần rắn, kích thước tối đa ≤ 7mm + B3: hiện diện bóng âm + B4: khối u nhiều thùy, trơn láng, kích thước tối đa ≤ 100mm + B5: không có dòng chảy (điểm màu 1) | <ul style="list-style-type: none"> - Ác tính <ul style="list-style-type: none"> + M1: khối u đặc không thuần nhất + M2: có dịch báng + M3: có ít nhất 4 chồi nhú + M4: U đặc đa thùy không đồng nhất, kích thước tối đa ≥ 100mm + M5: dòng chảy rất mạnh (điểm màu 4) |
|--|---|

- Chỉ có M: khả năng cao ác tính
 - Chỉ có B: khả năng cao lành tính
 - Có cả M & B -> *IOTA ADNEX* : 30% còn lại
2. *Tumor markers*:
- **CA125**: không triệu chứng Se (10%), Sp (30%)
 - Có thể có giá trị tiên lượng ác tính ở phụ nữ mãn kinh.
 - Cut-off 35 IU (TBL) ở người mãn kinh là 20-26 IU
 - tăng trong ung thư có nguồn gốc biểu mô nguyên thủy: u tuyến dịch trong, u dạng nội mạc tử cung, u tế bào sừng, tuyến tiền liệt, tụy.
 - tăng trong thai kỳ, lạc nội mạc tử cung, khi hành kinh
 - vai trò: theo dõi sau phẫu thuật, phát hiện sớm tái phát ung thư buồng trứng có nguồn gốc biểu mô. Không dùng để chẩn đoán và tầm soát sớm ung thư.
 - **HE4**: Se 67%, Sp 90%
 - tăng trong ung thư buồng trứng có nguồn gốc biểu mô: u tuyến dịch trong, u dạng nội mạc tử cung, u tế bào sừng.
 - vai trò: theo dõi sự phát triển, tái phát ung thư buồng trứng nguồn gốc biểu mô. Độ chuyên cao hơn ở độ tuổi tiền mãn kinh
 - **ROMA VALUE**: CA125 + HE4 + Lâm sàng
 - tăng độ nhạy hơn từng chỉ báo riêng lẻ
 - dự báo âm 99%
 - độ chuyên cao hơn HE4 ở độ tuổi mãn kinh
 - vai trò: phân định nguy cơ xảy ra ác tính là cao hay thấp cho 1 khối vùng chậu đã biết và đã có quyết định sẽ phẫu thuật.
 - **AFP**:
 - tăng trong u tế bào mầm
 - tăng trong K TB gan, K dạ dày, K đường mật, K tụy
 - **β -hCG**:
 - tăng trong u tế bào mầm
 - tăng trong thai kỳ, bệnh nguyên bào nuôi

VIII. Chẩn đoán xác định:

U buồng trứng nghi nhiều ác tính/ít khả năng ác tính

IX. Quản lý:

1. *Nang cơ nang*: Không có chỉ định can thiệp. Theo dõi đơn thuần. Đánh giá lại sau 3 tháng [SA + CA125 ktra sau 6 tuần sau, sau đó mỗi 3 tháng trong 1 năm.]

Có thể can thiệp khi:

- Nang noãn nang: dung COCs ở người quanh mãn kinh (RL cơ chế điều hòa phóng noãn thường trực) để kiểm soát việc hình thành nang cơ nang mới gây khó khăn cho việc theo dõi nang noãn nang sẵn có.
- Điều trị ngoại khi: xoắn nang, vỡ nang, nang hoàng thể xuất huyết nghiêm trọng không tự cầm

2. *Tất cả các cấu trúc tân lập buồng trứng đều có chỉ định ngoại khoa*

- Cấu trúc có khả năng lành tính cao: thuộc dân số nguy cơ thấp, thỏa qui tắc lành tính IOTA, ROMA thấp : phẫu thuật nội soi bảo tồn (bóc u- bảo tồn mô lành, người trẻ). Đối với người lớn tuổi, phẫu thuật cắt phần phụ được khuyến cáo thay vì điều trị bảo tồn.
- Cấu trúc có khả năng lành tính thấp: đánh giá qua mở bụng

3. *Thực thể không tân lập*

○ Endometrioma

- Không trch lâm sàng, không vấn đề chủ: không chỉ định nội khoa
 - Có thể dung COCs với mục đích không làm cho nang lạc tuyến nội mạc TC lớn thêm.
 - Có thể Khi cần tìm bằng chứng lành tính: diễn tiến bất thường của CA125, nang to nhanh bất thường, M-rules, đk nang > 5-6cm
- Đau: NSAIDs -> COCs và progestogen -> GnRH đồng vận
- Hiến muộn: xem xét yếu tố tùy hành

- Ứ dịch vòi trứng do di chứng của nhiễm Chlamydia trachomatis: chỉ định ngoại khoa ưu tiên

TU VẤN PAP'S TEST

1. Giải thích kết quả PAP's cho BN hiệu

- ASC-US:
 - Tổn thương tiền ung thư
 - Y khoa gọi là: Tb lát không điển hình có ý nghĩa không xác định
 - Nguy cơ diễn tiến thành ung thư rất thấp (0.1-0.2%)
 - Lặp lại pap 1 năm sau hoặc XN HPV DNA nếu (+) sẽ soi CTC
- LSIL:
 - Tổn thương tiền ung thư
 - Y khoa gọi là: Tổn thương trong biểu mô gai mức độ thấp
 - Bao gồm: CIN1, dị sản nhẹ, nhiễm HPV type cao
 - Nguy cơ diễn tiến K xâm lấn 0.15%
 - Có thể chữa khỏi hoàn toàn nếu được θ sớm
- HSIL:
 - Tổn thương tiền ung thư
 - Y khoa gọi là: Tổn thương trong biểu mô gai mức độ cao
 - Bao gồm: dị sản vừa và nặng, CIN 2, CIN 3 hay ung thư tại chỗ
 - Nguy cơ diễn tiến thành K xâm lấn: 1.44%
 - Cần θ đúng sẽ tránh hoàn toàn được diễn tiến đến K
 - Soi CTC và sinh thiết, nạo kênh hoặc lấy bỏ tổn thương bằng vòng điện (LEEP) -> sinh thiết ra CIN3 thì nạo kênh để Δ và θ
 - Không làm HPV vì không làm thay đổi θ và virus đã xâm nhập vào tb rồi, HPV (-) cũng chẳng có ý nghĩa j
- ASC-H
 - Tổn thương tiền ung thư
 - YT khoa gọi là: Tb lát không điển hình chưa loại trừ tổn thương trong biểu mô gai mức độ cao
 - Soi CTC, nếu không thấy thương tổn: sinh thiết mù + nạo kênh
 - Không dùng HPV để phân tầng
- BN hỏi \perp là t không bị K phải ko -> tầm soát không phải test Δ , có thể có âm giả -> không cách nào loại trừ K chắc chắn nên cần lặp lại test tầm soát thường qui. Làm xa dễ sót, làm gần nhiều quá ko cần thiết. kết quả \perp nên 1 năm sau làm lại nếu 3 lần \perp liên tiếp thì thừa ra??? BN xin đi soi thì nói ko cần thiết vì kết quả PAP test \perp
- BN hỏi bất thường là K pk? -> PAPs/soi là công cụ tầm soát không phải test Δ nên có thể dương giả.
- 21-29t: tb học mỗi 3 năm
- 30-65t: cotesting mỗi 5 năm hoặc tb học mỗi 3 năm

2. Giải thích về nguyên nhân và YTNC

- Có thể do bị viêm nhiễm vi khuẩn hoặc virus nhưng thường nhất là virus HPV

- Loại này không biểu hiện viêm rầm rộ hay huyết trắng gì hết
- HPV là human papilloma virus, các type 16, 18 có thể sinh ung thư CTC, muốn biết chắc thì cần thử DNA HPV
- YTNC: Ngoài nhiễm virus, những người quan hệ tình dục với nhiều bạn tình hoặc bạn tình có nhiều bạn tình đều có NC cao

3. Kết quả PAPs trước đây và xử trí

4. Hướng xử trí tiếp theo

- Định tính và định type DNA HPV
- Soi CTC và sinh thiết? Giải thích? Xử trí khi có kết quả sinh thiết là gì?
 - ➔ Soi CTC để định vị trí tổn thương trên CTC để bấm sinh thiết tức là lấy 1 mẫu mô của CTC để đọc dưới KHV xem có bất thường thật sự không
- KẾT TƯ VẤN: TRƯỚC TIÊN T PHẢI KHÁM PHỤ KHOA CHO CHỊ, SAU KHI KHÁM XONG SẼ CÓ QUYẾT ĐỊNH CỤ THỂ
- Trước khi làm Pap phải đảm bảo các tiêu chuẩn
 - Không đang ra huyết âm đạo
 - Không có tình trạng viêm âm đạo – CTC cấp tính
 - Không đặt thuốc ở âm đạo trong vòng 3d gần đây
 - Không giao hợp, không thụt rửa âm đạo trong vòng 48h
 - Không thăm khám bằng tay truowcsd đó, không dùng dầu bôi trơn trước đó

KẾT QUẢ PAP'S: \perp , có lộ tuyến CTC, có viêm âm đạo hoặc tiết dịch âm đạo bất thường

1. Giải thích lộ tuyến: là đáp ứng với biến đổi của âm đạo, không phải bệnh lí, có thể hồi phục theo thời gian

Nguyên nhân: coi con trên kết quả Pap

Lộ tuyến cổ tử cung là các tổn thương lành tính ở cổ tử cung do các tế bào tuyến nằm trong ống cổ tử cung phát triển ra ngoài, xâm lấn mặt ngoài của cổ tử cung, vẫn tiết dịch như khi ở trong cổ tử cung nên bệnh nhân thường có hiện tượng tăng tiết dịch trong âm đạo, ngứa ngứa, khí hư có mùi..., dễ dẫn đến viêm nhiễm (khi đó gọi là viêm lộ tuyến cổ tử cung)

2. Giải thích về tế bào biến đổi viêm: là biến đổi ở CTC, không phải bệnh lí

➔ Thấy 2 cái này là hỏi thêm về tiết dịch âm đạo bất thường (huyết trắng lượng màu mùi triệu chứng kèm theo) -> Δ 0 hẹn tái khám

➤ **Tại sao LSIL cần được soi CTC và xử lý theo KQ soi và sinh thiết CTC?**

- Lý do 1:

TB Koilocyte # LSIL có HPV (+). TB Koilocyte là TB biểu mô CTC nhiễm HPV → Làm PAP's có Koilocyte (+) thì không cần làm test HPV nữa vì ý nghĩa của nó là đã có nhiễm HPV type nguy cơ cao.

Sau khi đã xác định có nhiễm HPV type cao cần xác định xem đã nhiễm HPV tới giai đoạn nào rồi → soi CTC : xem có sự biến đổi TB ở CTC hay chưa → nếu nghi ngờ có thể bấm sinh thiết để xác định mức độ tân sinh.

- Lý do 2 :

Tổn thương tân sinh trong biểu mô CTC không chỉ là đơn ổ mà có thể là đa ổ. Những ổ này có mức độ tân sinh khác nhau nên khi làm PAP's → có thể phát trúng ổ này thì LSIL, phát trúng ổ kia thì HSIL. Do đó cần soi CTC để xem có ổ khác có mức độ tổn thương cao hơn hay không?

ĐTĐ THAI KÌ (sưu tầm)

Các tình huống giả định thường gặp

- Bệnh nhân đến với chúng ta trong lần khám thai đầu tiên
- BN đến tại 1 thời điểm bất kì trong thai kì và Thường thì bệnh nhân sẽ không có than phiền gì. Chủ yếu chúng ta sẽ tầm soát cho bệnh nhân
- Hoặc bệnh nhân sẽ đến với 1 vấn đề khác và có kèm theo đài tháo đường thai kì đã được chẩn đoán

STT	Các bước	Nội dung
1	Chào hỏi + hỏi bệnh sử + khám (tùy đề cho, nếu thông tin đã có thì không cần hỏi. VD: BN có chẩn đoán đài tháo đường thai kì)	Chào hỏi: Chào chị, tôi là BS ABC, là BS phụ trách khám bệnh cho chị vào ngày hôm nay. Hỏi bệnh: <ul style="list-style-type: none"> • Hỏi hành chính của bệnh nhân: chú ý đến tuổi. • Lý do chị đến khám trong lần này? Thường thì bệnh nhân sẽ đến khám thai định kì • Xác định lại tuổi thai và tăng trưởng thai: <ul style="list-style-type: none"> ○ Kinh chót của chị là ngày mấy? chị nhớ không? ○ Chị đi siêu âm lần đầu tiên khi nào? Kết quả siêu âm lần đầu tiên của chị nói thai được bao nhiêu tuần? ○ Ngày dự sanh là ngày mấy? Thai được bao nhiêu tuần rồi? • Hôm nay chị có mang sổ khám thai không? (nên ưu tiên hỏi sổ khám thai). => Nếu BN có thì khen “Chị theo dõi thai đầy đủ v là rất tốt”. Nếu thiếu gì thì nói cái sai cho BN + tư vấn <ul style="list-style-type: none"> ○ Đánh giá về cân nặng thai, lượng nước ối, và sinh trưởng thai nhi • Hỏi về cân nặng, chiều cao trước mang thai → tính BMI trước mang thai <ul style="list-style-type: none"> ○ Nhớ hỏi về tình trạng tăng cân của bệnh nhân. Nếu tăng cân phù hợp giai đoạn → khen, nếu không phù hợp thì giải thích cho bệnh nhân biết • Nếu là lần khám thai đầu tiên của bn: xác định yêu tố nguy cơ • Nếu khám trong khoảng t gian 24-28 tuần → cho thực hiện OGTT

		<ul style="list-style-type: none"> Hỏi tiền căn: <ul style="list-style-type: none"> thai kì trước: chị có bị đái tháo đường habijddi khám bác sĩ có nói chị bệnh gì về đường trong máu không?; bé trước sinh bao nhiêu kí?; bé bình thường hay có bất thường gì không? Trước giờ chị có đi khám và được bác sĩ nói mình bị bệnh gì liên quan đến buồng trứng chưa? Chị có đang sử dụng thuốc gì không? Như cortioid, kháng virus, HIV Trong gia đình chị mẹ hay chị gái có bị đái tháo đường không? Từ các thông tin trên xác định yếu tố nguy ơ cho bệnh nhân <ul style="list-style-type: none"> Xác định yếu tố nguy cơ cho bệnh nhân Tổng quát: <ul style="list-style-type: none"> Thừa cân(1đ): BMI >23; béo phì độ II(2đ) BMI>30 Chủng tộc: châu á (1đ) Tuổi> 40 Thai kì trước: <ul style="list-style-type: none"> Tiền căn GDM trước đó Tiền căn RL dung nạp đường thai kì trước Tiền căn Sinh con >4000g Sinh con dị tật không rõ nguyên nhân Cá nhân: <ul style="list-style-type: none"> Rối loạn phóng noãn buồng trứng đa nang Sử dụng thuốc: corticoid, kháng Virus; HIV Gia đình: <ul style="list-style-type: none"> Có người đái tháo đường(thể hệ thứ 1); chị gái bị GDM <p>Sau khi đánh giá nguy cơ xong, thông báo cho bệnh nhân biết họ có nguy cơ bị GDM hay không. Đồng cảm: tôi hiểu chị đang rất lo lắng về điều này, nhưng chị đừng lo lắng quá, chúng tôi sẽ khám và làm thêm 1 số XN để kiểm tra cho chị và bé</p> <p>Khám:</p> <ul style="list-style-type: none"> Xin mời chị lên bàn cho tôi khám Nghe tim thai Đo bề cao tử cung, ngôi thai <p>Kết luận:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hiện tại bệnh nhân có bao nhiêu yếu tố nguy cơ. Và do có bao nhiêu yếu tố nguy ơ đó nên tôi sẽ cho chị làm OGTT, siêu âm kiểm tra lượng nước ối, em bé và đo tim thai(CTG) để nhằm xác định tình trạng tăng đường huyết của chị và tình trạng sức khỏe thai
	Đọc KQ Siêu âm + CTG+ đọc kết quả OGTT	<ul style="list-style-type: none"> SA Đánh giá: ngôi thế, kiểu thế, tình trạng nước ối, vị trí nhau bám, độ trưởng thành nhau, phát hiện dị tật CTG nhóm máy Tình trạng bé: không thiếu ối, không đa ối, tim thai bt, CTG nhóm 1 là bt Diễn giải kết quả OGTT: <ul style="list-style-type: none"> GDM: Đói 92 mg%; 1h≥ 180mg%; 2h≥ 153 mg% Không GDM: xem xét lại coi có làm trong tầm 24-28 tuần không. Nếu có thì thôi; nếu không thì đợi 24-28 tuần làm lại

		<ul style="list-style-type: none"> • Đưa ra chẩn đoán: thai lần mấy, 1 thai hay nhiều thai, ngôi gì, bao nhiêu tuần, chuyển dạ hay chưa/ đái tháo đường
	Xử trí + tư vấn	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bước 1: nói về những nguy cơ cho mẹ và bé: <ul style="list-style-type: none"> • Vì chị có đái tháo đường thai kì nên đối với mẹ và bé sẽ có những nguy cơ sau • Mẹ: tiền sản giật, đa ối, nhiễm trùng đường tiểu, viêm âm đạo nấm, mổ lấy thai và chuyển sang ĐTĐ type II • Đối với con: bé có thể mất tim thai bất kì lúc nào (đột tử nhưng nói cho dễ hiểu), thai to, thai chậm phát triển trong bụng mẹ, chậm trưởng thành các cơ quan của bé, dị tật, trong lúc sanh bé có thể bị hạ đường, kẹt vai, sau sanh bé có thể bị thiếu năng.. • Trấn an: nhưng chị đừng lo lắng quá. Chúng tôi sẽ cố hết sức để mẹ tròn con vuông, chị chỉ cần cố gắng làm đúng những gì chúng tôi hướng dẫn 2. Bước 2: nói về mục tiêu điều trị <ul style="list-style-type: none"> • Đường đói: 90-95 mg% • Đường sau ăn 1h <140mg% • Đường sau ăn 2h <120mg% 3. Bước 3: Tư vấn tiết chế đầu tay nếu không rơi vào chỉ định dùng insulin <ul style="list-style-type: none"> • Trên lâm sàng: dặn bệnh nhân ăn bớt cơm lại, nhiều thịt nạc hơn, mỗi bữa trước đây ăn bao nhiêu chén? Vd trước đây 2 chén dặn bệnh nhân ăn bớt lại 1 chén rưỡi, thêm thịt nạc vô, nhiều rau xanh • Dặn dò bệnh nhân theo dõi cân nặng đối với tăng loại BMI thì có mức tăng cân khác nhau <ul style="list-style-type: none"> ◦ BMI bình thường: 11.4-15.9 kg; thừa cân: 6.8-11.4 kg; béo phì: <7kg 4. Bước 4: thất bại tiết chế → thuốc hoặc có chỉ định dùng insulin → tư vấn dặn dò dùng thuốc <ul style="list-style-type: none"> • Insulin: hiện tại chị nằm trong nhóm cần dùng insulin nên chúng tôi sẽ hướng dẫn chị dùng. • Chỉ định: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Đái tháo đường trước mang thai ◦ Đái tháo đường được chẩn đoán trước tuần 24 ◦ Đường bất kì/ bất kì trị số OGTT ≥ 200 mg% ◦ Đường đói ≥ 126 mg% • Liều dùng <ul style="list-style-type: none"> ◦ 3 tháng đầu: 0.7-0.8; 3 tháng giữa: 0.8-1; 3 tháng cuối: 0.9-1.2 ◦ 2/3 sáng: 2/3 NPH/ 1/3 regular ; 1/3 tối: 1/2 NPH/ 1/2 regular 5. Bước 5: Thảo luận với bệnh nhân về thời điểm chấm dứt thai kì <ul style="list-style-type: none"> • Dựa vào việc có đtđ trước đó hay không và có phải sử dụng insulin không <ul style="list-style-type: none"> ◦ Nếu không: ĐTĐ trước đó và Insulin → CDTK: 39-40 tuần ◦ Nếu có: ĐTĐ không biến chứng trước hoặc dùng insulin: Dùng hỗ trợ phổi- CDTK: 38 tuần ◦ Nếu ĐTĐ có biến chứng: Hỗ trợ phổi- CDTK 36 tuần 6. Bước 6: Dặn dò tái khám <ul style="list-style-type: none"> • Tự theo dõi đường huyết ở nhà, theo dõi thai máy hàng ngày • Lịch hẹn tái khám: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Dành cho không có đtđ trước mang thai và đtđ không dùng insulin <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tuần 24: 2 tuần tái khám 1 lần để siêu âm nhằm để chúng tôi phát hiện thai to, thai chậm phát triển, dị tật thai ▪ Tuần 32-36: mỗi tuần tái khám để đo Tim Thai(CTG), 2 tuần doppler 1 lần ▪ Tuần 36-38: mỗi tuần tái khám để doppler và CTG

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tuần 38-40: 2 lần / tuần để đo CTG <ul style="list-style-type: none"> ○ Đối với loại ĐTĐ không biến chứng hoặc dùng insulin: 2 lần/ tuần từ tuần 34 ○ Đối với loại ĐTĐ có biến chứng: 2 lần/ tuần từ tuần 28 • Tái khám ngay khi: đường ở nhà đo không đạt mục tiêu, đường bất kì >200 mg%, thai máy bất thường
I	Kết thúc	<ul style="list-style-type: none"> - Cảm ơn chị đã nghe chúng tôi tư vấn, chúng em sẽ hỗ trợ tốt nhất cho chị để đón em bé ra đời. Chúc chị mẹ tròn con vuông

CHUYÊN DẠ SANH NON (sưu tầm)

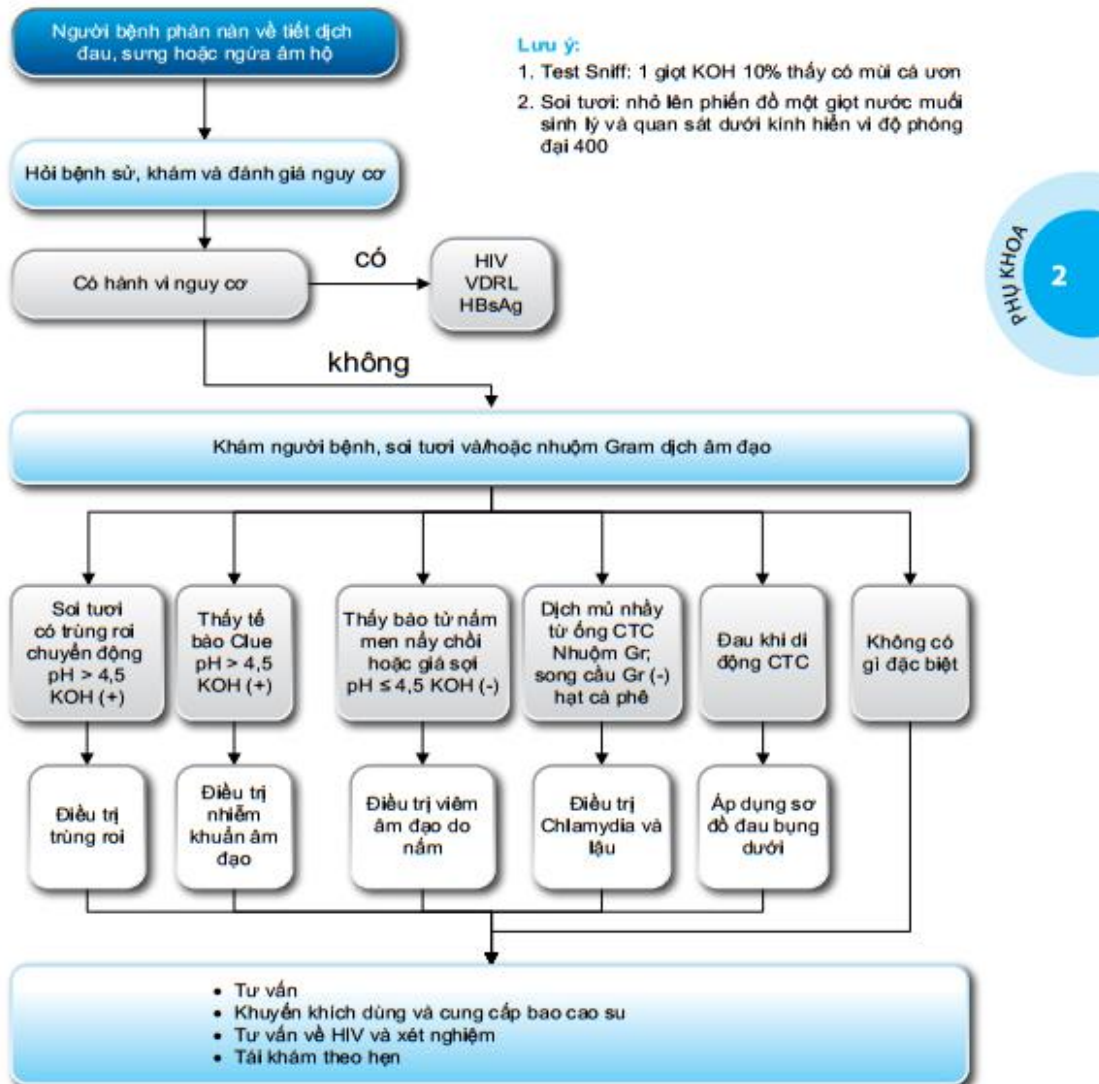
Thai phụ với tuổi thai từ 24 tuần đến 36 tuần +6/7 ngày đến bệnh viện vì lý do đau bụng hoặc xuất huyết âm đạo .

STT	Các bước	Nội dung
1	Chào hỏi + hỏi bệnh sử + khám	<ol style="list-style-type: none"> 1. Giới thiệu bản thân <ul style="list-style-type: none"> - Chào chị, tôi là... hôm nay tôi là bs trực tại khoa cấp cứu, tôi sẽ thăm khám cho chị - Trong quá trình hỏi bệnh và thăm khám, nếu chị có bất cứ thắc mắc hay khó chịu nào xin chị hãy nói cho tôi biết... - Hỏi tên tuổi, nhà ở đâu ? 2. Lý do nhập viện <ul style="list-style-type: none"> - Hôm nay chị ở nhà thấy trong người khó chịu gì mà vào đây? 3. Khai thác bệnh sử <ul style="list-style-type: none"> - Xác định lại tuổi thai + Kinh chót của chị là ngày mấy? chị nhớ không? + Ngày dự sinh là ngày mấy? Thai được bao nhiêu tuần rồi? + Chị có mang theo giấy tờ khám thai từ lúc có thai đến bây giờ không? - Khai thác triệu chứng + Chị bị đau bụng/ ra huyết âm đạo bao lâu rồi? Đây là lần đầu hay lần thứ mấy rồi chị? + Khai thác 7 tính chất của đau bụng để loại trừ bụng ngoại khoa như viêm ruột thừa (đau thượng vị lan hố chậu P, cường độ tăng dần, liên tục, kèm triệu chứng liên quan tiêu hóa như chán ăn, buồn nôn...), hoặc nhau bong non (đau bụng khởi phát đột ngột kèm ra huyết âm đạo và cơn co tử cung cường tính. (Chuyên dạ sanh non thì triệu chứng thường là cơn gò tử cung, thường không đau, sản phụ mô tả cảm giác trằn bụng gì đó :v)

		<p>+ Khai thác tính chất xuất huyết âm đạo: lượng nhiều hay ít, bao nhiêu BVS/ngày? liên tục hay ngắt quãng, có kèm đau bụng không? Đau bụng hay xuất huyết có trước?. Hỏi thêm chị có lần nào xuất huyết trước đây như này chưa? (Xuất huyết rỉ rả tự ổn nhiều lần trước rồi lần này vào xuất huyết ồ ạt mà không kèm đau bụng coi chừng nhau tiền đạo)</p> <p>+ Chị có sốt hay tiểu buốt gắt, hay không? (nhiễm trùng cũng gây sanh non)</p> <p>- Đánh giá sức khỏe thai hiện tại</p> <p>+ Ở nhà chị có hay đếm cử động thai không?</p> <p>+ Ngày hôm nay chị có thấy bé đạp không?</p> <p>4. Khai thác tiền căn</p> <p>a. Nội Ngoại khoa</p> <p>- Trước đây chị có bị tiểu đường, THA, cường giáp, hen gì không?</p> <p>- Trước đây chị có mổ lần nào chưa?</p> <p>- Chị có hút thuốc lá hay không? (ync)</p> <p>b. Phụ khoa</p> <p>- Chị có kinh lần đầu năm bao nhiêu tuổi, chu kỳ bao nhiêu ngày, đều hay không đều, mỗi lần hành kinh bao nhiêu ngày, lượng bao nhiêu BVS/ngày, có đau bụng nhiều khi hành kinh không?</p> <p>- Trước giờ chị có đi khám phụ khoa định kỳ không? Có được chẩn đoán bệnh phụ khoa gì trước đây không? Khai thác kỹ mấy cái yếu tố nguy cơ</p> <p>+ Trước giờ có làm PAP không? PAP bất thường hay chị có được bs khoét chóp cổ tử cung hay không?</p> <p>+ Loạn khuẩn âm đạo? Nhiễm trùng tiểu? Chị có ra huyết trắng nhiều hôi ngứa gì không? Chị có được chẩn đoán bệnh lây qua đường tình dục trước đây hay không?</p> <p>+ Có được chẩn đoán u xơ cơ tử cung, dị tật của tử cung như tử cung có vách ngăn?</p> <p>c. Sản khoa</p> <p>-Chị lập gia đình năm mấy tuổi, có sử dụng biện pháp tránh thai gì không?</p> <p>- PARA : khai thác kỹ mấy cái yếu tố nguy cơ</p> <p>+ Thai kỳ trước chị có sanh non không? ối vỡ non</p> <p>+ Lần trước có mổ lấy thai hay không?</p> <p>- Khai thác về thai kỳ lần này</p> <p>+ Chị có đi khám thai, theo dõi thai đầy đủ không?</p> <p>+ Chị có làm mấy cái xét nghiệm tầm soát dị tật thai, NT, double test, siêu tầm soát dị tật thai không? Có xét nghiệm nào bất thường không chị?</p> <p>+ Đã làm OGTT chưa chị? Nói chung là cái này hơi lướt lướt qua cho nhanh</p> <p>5. Khám ls : mời chị lên bàn để tôi khám cho chị.</p> <p>- Khám bụng nếu tuổi thai nhỏ để loại trừ viêm ruột thừa</p> <p>- Khám bề cao tử cung, nghe tim thai, LEOPOLD</p> <p>- Khám trong :</p> <p>+ Nếu nghi ngờ nhau tiền đạo hoặc nhau bong non, khỏi đặt mỏ vịt</p> <p>+ Nếu nghi chuyển dạ sanh non, đặt mỏ vịt, xem máu chảy ra từ đâu, cổ tử cung đóng hay mở, âm đạo có gì bất thường không?</p>
--	--	--

2	Đưa ra vấn đề + đề nghị CLS :	<ul style="list-style-type: none"> Vâng, sau khi hỏi bệnh và khám, tôi nghĩ vấn đề của chị hiện tại là một trường hợp dọa sanh non. Vì vậy giờ tôi sẽ cho chị đi kiểm tra xem có <u>con gò không</u>, và sau đó cho chị đi <u>siêu âm đo chiều dài kênh cổ tử cung</u>, → xin cận lâm sàng
3	Xử trí + tư vấn	<p>Dựa vào kết quả cls xử trí tư vấn cho bn:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nếu siêu âm thấy chiều dài kênh cổ tử cung lớn hơn 30mm VÀ fFN/PAMG=1 âm tính, không có con gò (quá ngon rồi :v) → nói với bệnh nhân: hiện tại dựa vào kết quả cls thì tôi thấy thai kỳ của chị vẫn an toàn cho đến ít nhất 1 tuần tới, nên chị cứ yên tâm mà về, nếu về nhà có các triệu chứng như đau bụng hoặc xuất huyết trở lại thì chị ngay lập tức trở lại liên, hẹn tái khám sau 1 tuần. + Nếu như trên mà có con gò, cũng không có chứng cứ cho điều trị giảm gò nên thôi, chả cần nói ra đâu nhỉ =)) - Nếu siêu âm thấy chiều dài kênh cổ tử cung <30mm và đặc biệt nếu có PAMG-1 dương tính → nguy cơ cao sẽ sanh non trong 7 ngày rồi → nhập viện → điều trị trì hoãn sanh non + Corticoid liệu pháp : 1 đợt duy nhất trong khoảng tuổi thai 24-34w (việt nam 28 thôi, chứ 24-28 tuần vn nuôi không nổi, xử sao đây trời) + Giảm gò: đối vận với thụ thể oxytocin được dán nhãn (theo LCOG) → Atosiban 37.5mg/5ml 0.9ml pha đủ LR 10 ml (tmc) + Nếu tuổi thai dưới 32 tuần → MgSO4 giúp bảo vệ thần kinh thai nhi. → Sau khi đủ thời gian corticoid trưởng thành phổi, đánh giá con gò và có thể chấm dứt thai kỳ. - Nếu siêu âm thấy chiều dài kênh cổ tử cung <25mm, fFN/PAMG-1 âm tính thì điều trị dự phòng rồi cho bệnh nhân về + Nếu có tiền căn sanh non → dự phòng sanh non bằng progesteron đường âm đạo cho chị này → Urogestal 200 mg 01v x2 (u) + Nếu chị này có hở eo tử cung → có thể tư vấn khâu vòng cổ tử cung cho chị này.
4	Kết thúc	<ul style="list-style-type: none"> Cảm ơn chị đã nghe chúng tôi tư vấn, chúng tôi sẽ cố gắng để thai kỳ của chị an toàn nhất có thể, nên chị cũng đừng quá lo lắng.

Phác đồ Từ Dũ



Nấm

- Nhẹ : + Clotrimazole 100mg 02 viên đặt âm đạo/ngày trong 3 ngày
+ Fluconazole 150mg 01 viên uống liều duy nhất
- Nặng : + Fluconazole 150 mg 3 liều uống mỗi 72h
Dự phòng fluconazole 150mg mỗi tuần trong 6 tháng

TÂN SINH BIỂU MÔ CỔ TỬ CUNG (sưu tầm)

Giải thích lý do làm CLS:

Pap: là một test kiểm tra sự biến đổi của tế bào vùng cổ tử cung của mình nên mình làm test này xem có bình thường hay không để mình có kế hoạch làm tiếp các test khác.

HPV test: để tìm sự hiện diện của con HPV mà cái con này là nguyên nhân gây Ung thư cổ tử cung nhiều nhất nên mình phải tầm soát nó, nếu là con nguy cơ cao (16,18) thì mình kiểm tra tiếp bằng test khác (soi CTC)

Soi CTC: vì kết quả của chị là bất thường (HPV nguy cơ cao +, >USC), nên tôi đề nghị làm test này để khảo sát kỹ hơn những tổn thương trong CTC của chị. Nếu thấy được bất thường thì sẽ lấy sinh thiết ngay chỗ tổn thương đó để kiểm tra có tế bào ung thư không.

Nạo kênh CTC: vì kết quả soi CTC của chị còn nghi ngờ??, nên tôi đề nghị nạo kênh CTC của chị để tìm thêm những tổn thương nằm sâu hơn mà soi CTC không nhìn thấy được.

Tiếp cận tăng sinh cổ tử cung:

1/ Xác định lý do đến khám của bệnh nhân?

- Để tầm soát ung thư cổ tử cung.
- Tái khám theo lịch hẹn với kết quả xét nghiệm lần khám trước là bình thường hoặc bất thường:
- Bình thường: hẹn lịch tầm soát lại.
- Bất thường: xử trí theo phác đồ
- Hỏi bệnh nhân có ra huyết, ra dịch bất thường: xử trí theo tiếp cận, có kèm theo tầm soát UTCTC khi gặp 2 vấn đề này theo phác đồ.
- Hỏi các khó chịu khác đi kèm (nếu có)

2/ Xác định tuổi bệnh nhân, có quan hệ tình dục chưa để xác định lịch tầm soát phù hợp?

Chỉ định tầm soát: ≥ 21 tuổi, đã có quan hệ tình dục hoặc mong muốn tầm soát.

➤

3/ Hỏi tiền căn:

- Bệnh lý nhiễm trùng lây qua đường tình dục, HIV, bệnh lý gây suy giảm miễn dịch.
- Được tầm soát ung thư cổ tử cung chưa, kết quả, có được chẩn đoán Ung thư cổ tử cung chưa, có điều trị gì chưa
- Có đang sử dụng thuốc gì không, có đặt thuốc âm đạo trong 3 ngày nay không, có hút thuốc lá, tiếp xúc hóa chất không?
- Có được ghép thân không? Có đang sử dụng thuốc chống thải ghép không?
- Tiền căn sản phụ khoa:

➤ Kinh chót ngày nào?

➤ Chu kỳ kinh : đều? Hành kinh mấy ngày? Lượng? Màu sắc?

➤ Quan hệ tình dục chưa? Khi nào? Quan hệ nhiều người không?

4/ Khám :

- Khám tổng quát tìm dấu hiệu nhiễm trùng nếu có.
- Đặt mỏ vịt để quan sát và làm test:
- Quan sát có ra huyết, ra dịch không? Quan sát cổ tử cung.
- Thực hiện Pap test.

Phân tích kết quả Pap và hướng xử trí kết quả:

Phân tích kết quả test Acetic acid:

- Âm tính: cổ tử cung hồng lợt, đồng nhất. có thể lộ tuyến, polyp, viêm, nang Naboth.
- Dương tính: VIA làm đông đặc TB CTC chưa thành chứa nhiều protein không chứa Glycogen biểu hiện mảng trắng gờ lên, dày hoặc biểu mô trắng thường gần vùng chuyển tiếp.

- Tầm soát dựa vào VIA:

Phân tích kết quả soi cổ tử cung:

- Hình ảnh bất thường: biểu mô trắng, chấm đốm, lát đá, mạch máu bất thường, vùng Iodine không bắt màu..

1. KẾT QUẢ PAP BẤT THƯỜNG THÌ XỬ TRÍ THEO SƠ ĐỒ DƯỚI

Tóm tắt:

- 21-25: ưu tiên Pap:

+ Nếu bình thường làm lại pap 3 năm sau.

+ Nếu bất thường, theo phác đồ

-	25-29: ưu tiên HPV: + làm lại HPV sau 5 năm hoặc pap sau 3 năm nếu HPV (-).
---	--

- >=30: cotesting

XUẤT HUYẾT TỪ CUNG BẤT THƯỜNG (suru tâm)

-Tiếp cận 1 BN trong độ tuổi sinh sản đến khám vì ra huyết âm đạo.

Các câu hỏi cần chú trọng:

-Về vấn đề ra huyết:

+Phân biệt với chu kì kinh:

Ra huyết từ khi nào?

Lần ra huyết này có đúng với chu kì kinh của mình không?

Lần ra huyết này có giống với những lần hành kinh trước hay không?

Tính chất ra huyết lần này? Lượng? Bao nhiêu BVS/ ngày.

Màu sắc: đỏ sẫm hay đỏ tươi, có thấy gì khác thường không? Huyết cục, mẫu mô?
Diễn tiến có tăng lên hay giảm đi k?

+Triệu chứng đi kèm: đau bụng? Sốt?

+Dấu hiệu có thai: buồn nôn, nôn, nghén, trễ kinh, căng ngực...

=> Lần này có đi khám và điều trị gì chưa.? Kết quả ra sao

-KC của chị là khi nào? Hành kinh bao nhiêu ngày, có đều k? (BN nói ngày thì nhớ hỏi này là lịch dương hay lịch âm)

-Chị đã lập gia đình chưa? Hiện tại đang sử dụng biện pháp tránh thai nào?

-Hiện có đang điều trị nội tiết gì không?

-có RL đông máu, bệnh lí tim mạch (thay van, đặt stent mạch vành,,) đang điều trị kháng đông?

-Trước giờ có đi khám bệnh và phát hiện ra bệnh gì khác không? U xơ TC, K vú, K BT....

-Tiền căn viêm nhiễm vùng chậu

-Phẫu thuật vùng bụng chậu?

Gia đình: có bệnh lí rối loạn đông máu, K...

Bây giờ tôi sẽ khám và làm 1 số cls cho chị để xác định tình trạng xuất huyết?

+Bây giờ tôi sẽ cho chị đi thử thai

+Siêu âm phụ khoa

+ CTM, bộ đông máu PT, aPTT, INR

Đó là những câu hỏi chung khi mà BN k biết là mình có thai

còn giả sử như bà biết bà có thai rồi (ở nhà thử que 2 vạch r tới bv)

Cần chú ý hỏi:

+Trễ kinh bao lâu rồi?

+KC là khi nào? (theo ngày âm hay dương) kinh có đều hay không?

+thai kì này là thai kì tự nhiên hay hỗ trợ sinh sản

+Tiền căn viêm nhiễm vùng chậu trước đây?

+có TNTC bao giờ chưa? Điều trị thế nào?

+có giờ có can thiệp gì trên ống dẫn trứng chưa? Xẻ vòi trứng? Nối vòi trứng sau triệt sản?

+Tiền sử sảy thai liên tiếp? (vì thai lưu ≥ 2 lần trở lên cần tư vấn lấy mẫu mô thai gửi GPB để khảo sát thai chết tự nhiên hay bệnh lí, tư vấn về di truyền cho bà)

1. Qs (-)

Nghĩ xuất huyết này k liên quan đến thai kì vì b-hcg âm tính

Cần dựa vào kết quả siêu âm phụ khoa, làm CTM, bộ đông máu PT, aPTT, INR để định hướng tiếp nguyên nhân xuất huyết

2. QS (+)

Đang nghĩ có thai và xuất huyết này liên quan đến 3 tháng đầu thai kì.

Cho đi siêu âm đầu dò âm đạo để xác định vị trí thai, theo dõi phát triển thai, tính sinh tồn trứng

Khi bệnh nhân đưa kết quả siêu âm ra cần chú ý:

+Tính lại tuổi thai theo KC

+Tính tuổi thai theo siêu âm

Xem có lệch nhau nhiều không (vì cần xác định tính sinh tồn của thai) (nếu kinh đều mà siêu âm và kinh chót lệch >5 ngày (thai <9 tuần) thì chọn theo SÂ, nếu lệch >7 ngày (thai 9- <14 tuần) thì chọn theo SÂ)

Nếu kinh k đều hay k nhớ kinh chót thì chọn tuổi thai theo siêu âm

Giải thích: Hiện tại chị đang có thai QS+

Có các trường hợp có thể xảy ra đối với kết quả siêu âm:

1. Siêu âm trả về có túi thai trong lòng tử cung

- A. Có túi thai trong TC (điển hình phải là có hình ảnh vòng đôi, bờ căng tròn...) + xuất huyết dưới màng đệm => đang đe dọa sảy thai => cần theo dõi xuất huyết trên ls và siêu âm lặp lại
- B. Có các dấu hiệu đủ để chuẩn đoán thai nghén thất bại sớm thì chẩn đoán và xử trí theo thai nghén thất bại sớm
- C. Có túi thai nhưng tính sinh tồn chưa xác định, có thể xuất huyết này là do phôi làm tổ => lặp lại siêu âm 1 tuần sau và định lượng b-hcg để so sánh

2. TNTC hay PUL: siêu âm thấy khối cạnh TC thì nghĩ TNTC

Còn nếu siêu âm chưa thấy gì => dùng ngưỡng phân định và cần lặp lại siêu âm và b-hcg mỗi 2 ngày

Phải đưa ra được nhận định xuất huyết này là do cái gì?

1. XH do phôi làm tổ:

LS: lượng máu chảy ra ít và thường chỉ kéo dài vài ngày, thường trong giai đoạn đầu của trễ kinh, đôi khi lẫn tương đay là 1 chu kì kinh nguyệt

Trên siêu âm thấy gì?

2. XH do TNTC

LS: trễ kinh+đau bụng+ ra huyết

Siêu âm: túi thai ngoài TC

Hoặc b-hcg k tăng <53% mỗi 2 ngày

Hoặc ngưỡng phân định nghi ngờ

3. XH do thai nghén thất bại sớm

SA thấy túi thai trong TC + các dấu hiệu nghi ngờ hay xác định đc chẩn đoán (ĐQC TBL)

4. XH do bệnh nguyên bào nuôi

LS: nghén nặng+ xuất huyết bất thường+ TC to so với tuổi thai

SÂ: điển hình là hình ảnh tổ ong

Phác đồ từ dữ: hình anhr bão tuyết, chùm nho, echo trống, bánh nhau to hơn bình thường

B-hcg tăng cao (nhưng thường chỉ có gtri theo dõi)

Xử trí: (Vết chung chung, cụ thể đocj tbl nhé)

1. Xác định này là TNTC:

Thì cần quan tâm: Huyết động học, định lượng b-hcg bao nhiêu, kích thước thai

Cần kq cls: định lượng b-hcg, siêu âm phụ khoa, công thức máu (nhóm máu), chức năng gan thận

Cán hỏi:

+Từ nhà đến bv gần nhất bao lâu? (nếu > 60p thì k nên khuyến khích điều trị nội khoa (60p này là theo phá thai nội khoa)

+Có bệnh lí loét dạ dày, bệnh phổi đang tiến triển?

+có đang cho con bú?

+có thể đi tái khám nhiều lần đc k?

Tư vấn:

*Hiện tại chị đang có TNTC và diễn tiến của thai này có thể theo 3 hướng sau:

+tự thoái triển

+Sảy qua loa vòi

+Vỡ vòi trứng

*Tur vắn về điều trị: 3 cách điều trị:

A. Theo dõi:

Phải đủ điều kiện theo dõi+ phải có điều kiện tái khám mỗi tuần (định lượng b-hcg cho tới khi âm tính) và từ nhà đến bv gần nhất phải <60p bởi trong quá trình theo dõi đợi thoái triển thì vẫn có thể vỡ gây xuất huyết nội cần cấp cứu

B. Nội khoa:

+BN đủ điều kiện để dtri nội

+Yêu cầu thêm xét nghiệm (CTM, chức năng gan thận và các yếu tố xem có chống chỉ định k)

=> nếu thỏa 2 điều trên thì BN có thể lựa chọn ngoại khoa, cần tư vắn về việc TNTC vỡ trong lúc điều trị nội khoa hay thất bại nội khoa => chuyển sang ngoại khoa

+Tur vắn sau khi tiêm MTX, có thể sẽ đau bụng vài ngày do khối thai sảy qua loa hoặc khối máu tụ làm vòi trứng căng ra

Tuy nhiên nếu đau bụng dữ dội , tăng dần cần siêu âm để kiểm tra nghi TNTC vỡ

+Sau điều trị nội khoa, tư vắn ngừa thai ít nhất 3 tháng sau khi bhcg về âm tính vì khi dtri nội khoa, thời gian khối thai tiêu đi rất thay đổi, có thể rất lâu, nếu có thai sớm thì dễ bị TNTC tiếp tục vì khối thai cũ đang gây tắc vòi trứng VÀ chờ thời gian để MTX thải ra hết khỏi cơ thể, MTX có thể gây dị tật ống thần kinh

C. Ngoại khoa:

*Tur vắn về tiên lượng thai kì lần sau:

Nguy cơ TNTC trong tương lai tăng lên 7-13 lần

Khả năng ở thai kì tiếp theo có 10-25% là TNTC

*Hỏi bệnh nhân có đang mong con tại thời điểm hiện tại k? Nếu k thì tư vắn thêm về lựa chọn 1 biện pháp tránh thai hiệu quả

Ví dụ mình sẽ tư vắn như kiểu: hiện tại sinh hiệu chệ ổn, siêu âm túi thai < 2cm và b-hcg < 1000, có thể khối thai sẽ tự thoái triển nên tôi sẽ theo dõi thêm 2 ngày bằng siêu âm phụ khoa và định lượng b-hcg

2. Thai nghén thất bại sớm:

Xử trí CDTK theo phác đồ phá thai lưu bằng thuốc/ hút thai (học phần phá thai)

Nếu thai lưu ≥ 2 lần nên tư vấn bn lấy mẫu mô gửi gbp và tư vấn di truyền)

Nếu bn khai tổng xuất ra mẫu mô thì là sảy thai trọn/ k trọn

=> khám + siêu âm

Xử trí thai nghén thất bại sớm coi tbl

3. Bệnh nguyên bào nuôi:

*Thai trứng:

LS + siêu âm cho hình ảnh thai trứng => Hút nạo thai trứng gửi GPB để xác định chẩn đoán

-Theo dõi sau điều trị = b-hcg: 1 lần/ tuần => (-) 3 lần liên tiếp thì 1 lần/ tháng => âm tính 3 tháng liên tiếp

Nếu b-hcg âm tính trong vòng 56 ngày thì thời gian theo dõi chỉ còn 6 tháng

-Tiên lượng sau đó: hơn 80% bn sẽ trở về bình thường, 15% về thai trứng xâm lấn, 5% K nguyên bào nuôi (do có nguy cơ ác tính nên gửi gpb là bắt buộc, và tránh thai là bắt buộc để k nhiều loạn kết quả b-hcg trong quá trình theo dõi)

-Tư vấn về 1 biện pháp tránh thai hiệu quả: COCs, IUD, Condom

-Hóa trị liệu dự phòng cho thai trứng nguy cơ cao?

Ồi rỉ non

- Đạt: giải thích thai còn non nhưng không quá non, khẳng định bị vỡ ối, cho nhập viện, cho 0 KS, nguy cơ nhiễm trùng thai
- Full: mặc dù non nhưng tăng trưởng \perp , nhiễm trùng GBS, cho ampicillin, không ngăn được NTSS muộn

IURG

- Tính đúng tuổi thai
 - 5w 30 + MSD (2-3mm \rightarrow 14mm)
 - 7-12w 42 + CRL (10-84mm) \pm 3-8d
 - 11w-13w6d 1/3(BPD-17)+11
- Sớm – muộn: 32w
 - o Sớm: Velocimetry Doppler
 - o Muộn: NSST, MBPP

SANH NON: CL ngắn

- Đạt: NC sinh non thấp, phải xác định lại tuổi thai (siêu âm đầu, kinh chót, vòng xoay), đặt mỏ vịt, dẫn tái khám, tiền sử sảy thai (tự nhiên, 7w, ko can thiệp), gò ra nước, cho về cà hện tái khám đo CL
- Full: TPTNT, phết soi tươi và nhuộm Gram dịch âm đạo, không khám âm đạo bằng tay.
- Dự phòng sanh non:
 - o Progesterone (16-36w6d): thai phụ có TC sinh non và hiện có CL ngắn
 - o Khâu vòng tử cung: hở eo CTC và hiện có CL ngắn, thai phụ có TC sinh non và hiện có CL <25mm. Không dùng trong song thai \rightarrow tăng nguy cơ CD sanh non
 - o Pessary: có hiệu quả trong song thai
 - o Không phải giảm gò là cách dự phòng nếu đã gò rồi thì chuyển sang thuốc giảm gò

VBAC

- Đạt:
 - o Nêu đúng lý do, thời điểm mổ lần trước
 - o Nếu dc 2 cách giải quyết: âm đạo, mổ
 - o Giải thích hiện giờ BN gần ngày dự san chưa Δ , có VMC, nếu BN quyết đẻ âm đạo thì nhập viện khi có dấu hiệu chuyển dạ

- 1 tuần nữa chưa Δ khám lại
- Full
 - Hỏi giấy mổ lần trước, giải thích nguy cơ VBAC (mổ lại khi chuyển dạ)
 - Dặn đếm thai máy
 - Thai kì có VMC được xếp vào nguy cơ cao

ĐTĐ

- Cho kết quả MNT sau 2w tăng cân nhanh đường đói thấp, sau ăn cao, cho cái bảng MNT của thai phụ
- MNT thành công hay thất bại? cần thay đổi j thực đơn

Thai 39w, ối 4cm, NST \perp

- Tiên lượng thai
- Tư vấn giờ làm gì tới lúc đẻ

IUGR chuyển dạ

IUGR ối vỡ 4h, 37w NC thấp. Δ cho EFM loại II, sản đồ từ lệch P thành song song, đầu -1, ối sệt, ko có dấu tắt nghẽn.

- Đọc EFM
- Chọn mổ hay sanh âm đạo hay giúp sanh
- 3 luận điểm để chọn phương pháp đó