



CÂU 1: Tình trạng tăng prolactin máu (u tuyến yên, cho con bú) ức chế tuyến yên, không có sự phóng noãn cũng như sự sụp đổ nội mạc dẫn đến:

1. Vô kinh

2. XH tử cung không theo chu kỳ, lượng ít (nội mạc TC thiếu estrogen kéo dài -> teo, lộ mạch máu dễ xuất huyết nhỏ)

Bài kiểm tra đam bảo chuẩn bị bài

Quản lý một trường hợp xuất huyết tử cung bất thường (AUB)

Chương trình đào tạo Bác sĩ Y khoa. Môn học Sản Phụ khoa. Học Phần Phụ khoa.

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

*lưu ý: việc cho con bú dù làm tăng prolactin vẫn có thể có thai do việc cho bú có thể không đều -> nồng độ prolactin trong máu không đủ duy trì sự ức chế tuyến yên

Microadenoma tuyến yên (prolactinoma) thường có liên quan đến kiểu xuất huyết tử cung bất thường nào?

- a. Rong huyết
- b. Rong kinh
- c. Vô kinh
- d. Cường kinh

Ở người có AUB và có hội chứng buồng trứng đa nang, khi nào phải chỉ định dùng các thuốc gây phóng noãn?

- a. Khi đã xác định là AUB-O
- b. Khi đang mong muốn có con
- c. Khi chu kỳ kinh quá dài
- d. Trong cả ba trường hợp trên

Dược chất nào là điều trị đầu tay cho mục đích gây phóng noãn cho người có hội chứng buồng trứng đa nang?

- a. Metformine hay các tác nhân tăng nhạy insulin đường uống khác
- b. Follicle stimulating hormone có hay không kèm Luteinizing hormone
- c. Chất điều hoà chọn lọc thụ thể estrogen / chất ức chế men aromatase
- d. Dẫn xuất steroids sinh dục ngoại sinh, chủ yếu là kháng androgen

4. Trong các cách dùng nội tiết ngoại sinh kể sau, cách dùng nào hiện khi dẫn đến AUB-I?

- a. Thuốc tránh thai nội tiết phối hợp liều cực thấp
- b. Thuốc tránh thai nội tiết phối hợp liều thấp
- c. Thuốc tránh thai uống chứa progestin đơn độc
- d. Các hệ thống phong thích steroids tác dụng dài

5. Yếu tố nào là quan trọng nhất cho phép xác lập chẩn đoán AUB-O tiền mãn kinh?

- a. Các khảo sát hình ảnh học siêu âm / cộng hưởng từ
- b. Đặc điểm thay đổi tính chất của chu kỳ kinh gần đây
- c. Phải chắc chắn là không có các nguyên nhân thực thể
- d. Phải có kết quả khảo sát mô bệnh học loại trừ ác tính

6. Yếu tố nào là quan trọng nhất cho phép xác lập chẩn đoán xuất huyết tử cung cơ năng tuổi dậy thì?

- a. Đặc điểm của bệnh sứ và tiền sứ
- b. Định lượng kisspeptin và GnRH
- c. Định lượng các gonadotropin
- d. Định lượng các steroids sinh dục

7. Hãy lý giải nguyên nhân gây ra xuất huyết tử cung cơ năng ở tuổi dậy thì?

- a. Do tầng dưới: buồng trứng không sản xuất đủ estrogen, nên không tạo được phản hồi thứ nhất của estrogen
- b. Do tầng dưới: buồng trứng không sản xuất đủ estrogen, nên không tạo được phản hồi thứ nhì của estrogen
- c. Do tầng dưới: buồng trứng không sản xuất đủ progesterone, nên không tạo được phản hồi của progesterone
- d. Do tầng trên: tần số các xung GnRH hạ đồi không đủ để tạo ra một đáp ứng LH đủ cao để gây phóng noãn

8. Điều xuất huyết nào là phổ biến trong xuất huyết tử cung cơ năng tuổi dậy thì?

- a. Chảy máu "kinh" không có tính chu kỳ, kéo dài, với lượng máu mất thay đổi
- b. Chảy máu "kinh" vẫn theo chu kỳ, nhưng thời gian có kinh kéo dài trên 7 ngày
- c. Chảy máu "kinh" vẫn theo chu kỳ, nhưng lượng máu mất khi có kinh rất nhiều
- d. Chảy máu "kinh" nhiều lần trong chu kỳ đều, với các lần ra máu chính và phụ

Nghiên cứu gần đây cho thấy trong HC buồng trứng đa nang có sự **bất thường AMH gây kích thích xung GnRH**, làm **tăng chuyên biệt LH**, không ảnh hưởng FSH (do đó nồng độ **FSH, Estradiol bình thường**)
LH tăng -> tăng androgen (do tb vỏ tăng tổng hợp dưới tác dụng LH)
Tuy nhiên ở đâu chu kỳ FSH lại không đủ sức chiêu mộ nang noãn cũng như phát triển được nang noãn => không có nang noãn nào phát triển vượt trội

Quản lý một trường hợp xuất huyết tử cung bất thường (AUB)
Readiness Assurance Test



9. Buộc phải tuyệt đối tôn trọng nguyên tắc nào khi điều trị xuất huyết tử cung cơ năng tuổi dậy thì?
 - a. Mục tiêu điều trị chủ yếu là tái lập tính đều đặn của phóng noãn
 - b. Mục tiêu điều trị chủ yếu là tái lập tính đều đặn của chu kỳ kinh
 - c. Điều trị chủ yếu dùng các chất ít ảnh hưởng đến hoạt động buồng trứng
 - d. Điều trị chủ yếu dùng các chất ít ảnh hưởng đến hoạt động hạ đồi
10. Khi điều trị tăng sinh nội mạc tử cung phức tạp không điển hình, nên dùng loại progestin nào (trong các loại kể sau)?
 - a. Ulipristal
 - b. Medroxyprogesterone
 - c. Retroprogesterone
 - d. Progesterone vi hạt

SÁCH SẢN

Quản lý một trường hợp xuất huyết tử cung bất thường

Bài kiểm tra đảm bảo chuẩn bị bài

Quản lý một trường hợp xuất huyết tử cung bất thường

Bài kiểm tra đảm bảo chuẩn bị bài (Readiness Assurance Test)

© Bộ môn Phụ Sản, Khoa Y, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.

1. Quan điểm nào trong các quan điểm sau về điều trị xuất huyết cơ năng tuổi dậy thì là thích hợp?
 - a. COC là liệu pháp đơn giản, hiệu quả, an toàn cho trực hạ đồi-yên
 - b. Chi điều trị trong chu kỳ có chảy máu, không điều trị nhiều chu kỳ
 - c. Điểm mấu chốt của điều trị là gây ra được hiện tượng phóng noãn
 - d. Ưu tiên cho progestin thay vì progesterone, do có hiệu quả hơn
2. Quan điểm nào trong các quan điểm sau về điều trị xuất huyết cơ năng trước mãn kinh là thích hợp?
 - a. COC là liệu pháp đơn giản, hiệu quả, an toàn trong đa số trường hợp
 - b. Chi điều trị trong chu kỳ có chảy máu, không điều trị nhiều chu kỳ
 - c. Ưu tiên điều trị với Nor-19 testosterone hơn là cho với các progestin khác
 - d. Điểm mấu chốt của điều trị là phục hồi được phát triển nội mạc tử cung
3. Xác định điểm giống nhau về cơ chế gây xuất huyết cơ năng ở tuổi dậy thì và ở giai đoạn muộn của tuổi quanh mãn kinh?
 - a. Sự không ổn định của hoạt động chê tiết GnRH của hạ đồi
 - b. Sự không ổn định của hoạt động chê tiết LH của tuyến yên
 - c. Thiếu hụt của progesterone chê tiết từ buồng trứng
 - d. Hoạt động chiêu mộ noãn nang không hiệu quả
4. Hoạt động nội tiết ở đứa bé gái bắt đầu dậy thì có đặc trưng gì?
 - a. Feedback âm của estrogen hoạt động kém hiệu quả
 - b. Feedback âm của progesterone hoạt động kém hiệu quả
 - c. Feedback dương của estrogen hoạt động kém hiệu quả
 - d. Feedback âm của steroid sinh dục hoạt động kém hiệu quả
5. Trong các dược chất sau, dược chất nào là hợp lý nhất cho điều trị một xuất huyết tử cung cơ năng tuổi dậy thì?
 - a. Micronized progesterone
 - b. Dydrogesterone
 - c. Medroxyprogesterone Acetate
 - d. Cyproterone Acetate
6. Phân tử nào trong các phân tử sau có khả năng ức chế GnRH hạ đồi mạnh nhất?
 - a. Progesterone thiên nhiên
 - b. Dydrogesterone
 - c. Medroxyprogesterone acetate
 - d. Dẫn xuất Nor-19 testosterone
7. Chảy máu tử cung bất thường liên quan với hội chứng buồng trứng đa nang có liên quan đến biểu hiện nội tiết nào?
 - a. Cường estrogen tương đối
 - b. Cường androgen tuyệt đối
 - c. LH cản bản cao thường trực
 - d. Tăng prolactin
8. Quan điểm nào trong các quan điểm sau về điều trị xuất huyết tử cung sau khi đã mãn kinh là thích hợp?
 - a. Siêu âm đường âm đạo là khảo sát bắt buộc đầu tay để giúp quyết định điều trị xuất huyết hậu mãn kinh
 - b. Nạo sinh thiết buồng tử cung để loại trừ ác tính là bắt buộc cho mọi trường hợp xuất huyết hậu mãn kinh
 - c. Progestin là điều trị quan trọng nhất của xuất huyết hậu mãn kinh không do nguyên nhân ác tính
 - d. Xuất huyết ở người đã mãn kinh có BMI thấp là một yếu tố gọi ý nguồn gốc cơ năng của xuất huyết
9. Quan điểm nào trong các quan điểm sau về điều trị tăng sinh nội mạc tử cung phức tạp không điển hình là thích hợp?
 - a. Do có tiềm năng ác tính, khả năng điều trị nội khoa thành công lại không cao nên điều trị ngoại khoa là ưu tiên nhất
 - b. Do có nguyên nhân chủ yếu là tình trạng phơi bày dài hạn với estrogen nên điều trị bằng progestin là điều trị chính
 - c. Do tái phát rất cao, nên việc theo dõi sau điều trị phải được thực hiện thường xuyên, định kỳ dựa trên hình ảnh học
 - d. Trong thời gian theo dõi điều trị, nếu có nghi ngờ, thực hiện sinh thiết bằng Pipelle là đủ. Không cần nạo sinh thiết
10. Trong microadenoma tuyến yên gây tăng prolactin, kiệu bất thường kinh nguyệt nào là phổ biến nhất?
 - a. Vô kinh ít nhất 3 tháng
 - b. Chảy máu kinh nặng
 - c. Chảy máu kinh thường xuyên
 - d. Chảy máu kinh kéo dài

11. Vì sao độ dài chu kỳ kinh ở người phụ nữ bắt đầu vào thời kỳ mãn kinh lại ngắn đi?
- Do ức chế của AMH trên tuyến yên bị suy giảm
 - Do ức chế của estradiol trên tuyến yên bị suy giảm
 - Do ức chế của inhibin B trên tuyến yên bị suy giảm
 - Do ức chế của progesterone trên tuyến yên bị suy giảm
12. Trong các dược chất sau, dược chất nào là hợp lý nhất cho điều trị một xuất huyết tử cung cơ năng tuổi quanh mãn kinh?
- Micronized progesterone
 - Dydrogesterone
 - Medroxyprogesterone Acetate
 - Lynestrenol hay Norethindrone
13. Người phụ nữ đã mãn kinh thật sự có đặc điểm nội tiết ra sao?
- Progesterone vẫn còn hiện diện trong máu
 - Estrogen vẫn còn hiện diện trong máu
 - Inhibin B vẫn còn hiện diện trong máu
 - AMH vẫn còn hiện diện trong máu
14. Trong các phân tử sau, phân tử nào có hoạt tính kháng estrogen yếu nhất?
- 17- α acetoxy progesterone (medroxyprogesterone acetate, cyproterone acetate...)
 - Nor-19 testosterone (levonorgestrel, norethindrone...)
 - Chất điều hòa chọn lọc thụ thể estrogen (tamoxifene, raloxifene...)
 - Progesterone thiên nhiên (micronized progesterone, progesterone benzoate...)
15. Trong các dược chất sau, dược chất nào là hợp lý nhất cho điều trị một xuất huyết tử cung cơ năng trong đa nang buồng trứng có biểu hiện của cường androgen?
- Dydrogesterone
 - Medroxyprogesterone Acetate
 - Lynestrenol hay Norethindrone
 - Cyproterone Acetate nhóm 17 alpha OH P, kháng androgen mạnh
16. Khi nào phải thực hiện định lượng nồng độ β -hCG huyết thanh nhiều lần liên tiếp?
- Luôn luôn định lượng nồng độ β -hCG huyết thanh nhiều lần liên tiếp, vì sẽ tốt hơn chỉ định lượng một lần
 - Khi nghi ngờ có bất thường về tính sinh tồn thai: thai ngừng phát triển trong tử cung, trứng không phôi...
 - Khi nghi ngờ có sai lầm trong định tuổi thai: tuổi thai trên lâm sàng và trên siêu âm có chênh lệch...
 - Khi kết quả định lượng nồng độ β -hCG huyết thanh lần đầu không phù hợp với nồng độ được kỳ vọng
17. Khảo sát biến thiên nồng độ của hCG theo thời gian có ý nghĩa ra sao?
- Cung cấp thông tin giúp xác định hoạt năng của hoàng thể thai kỳ
 - Cung cấp thông tin giúp xác định hoạt năng của nguyên bào nuôi
 - Cung cấp thông tin giúp xác định vị trí làm tổ của trứng thụ tinh
 - Cung cấp thông tin giúp xác định tính sinh tồn của phôi thai
18. Khái niệm “vùng phân biệt của β -hCG” (discrimination zone) được xây dựng từ các thành tố nào (không phân biệt thứ tự) trong các thành tố nào sau đây? [1] điểm cắt (ngưỡng cắt) (cut-off-point) của nồng độ β -hCG dùng để phân định ; [2] sự hiện diện của túi thai ở vị trí ngoài buồng tử cung ; [3] sự hiện diện của cấu trúc phản âm hỗn hợp ở cạnh tử cung ; [4] sự vắng mặt của hình ảnh túi thai bên trong buồng tử cung. Chọn một tố hợp dùng xây dựng ngưỡng phân định
- [1] và [2]
 - [1] và [3]
 - [1] và { [2] hoặc [3] }
 - [1] và [4]
19. Discrimination zone: tương quan giữa giá trị dự báo thai ngoài tử cung, ngưỡng cắt hCG và phương pháp siêu âm ra sao?
- Giá trị dự báo của chỉ số thuộc vào việc định ngưỡng cắt, độc lập với phương pháp siêu âm
 - Giá trị dự báo của chỉ số thuộc vào phương pháp siêu âm, độc lập với việc định ngưỡng cắt
 - Cùng một ngưỡng cắt định trước, giá trị dự báo của siêu âm qua đường âm đạo sẽ tốt hơn
 - Cùng một ngưỡng cắt định trước, giá trị dự báo của siêu âm qua đường bụng sẽ tốt hơn
20. Siêu âm không thấy túi thai trong tử cung, phải nghĩ đến thai ngoài tử cung ở trường hợp nào?
- Điển biến của nồng độ β -hCG huyết thanh không tăng được gấp đôi sau là 48 giờ
 - Nồng độ β -hCG huyết thanh đã ở trên một ngưỡng định trước, tùy theo siêu âm đường bụng hay âm đạo
 - Nồng độ β -hCG huyết thanh thấp hơn trị số 50th percentile của nồng độ β -hCG huyết thanh theo tuổi thai
 - Không tìm thấy hình ảnh của thai trong tử cung qua nhiều lần khảo sát liên tiếp bằng siêu âm ngà âm đạo

MCQ Questions

Câu hỏi

- 1** Quan điểm nào trong các quan điểm sau về điều trị xuất huyết cơ năng tuổi dậy thì là thích hợp?
- A. COC là liệu pháp đơn giản, hiệu quả, an toàn cho trực hạ đồi-yên
 - B. Chỉ điều trị trong chu kỳ có chảy máu, không điều trị nhiều chu kỳ
 - C. Điểm mấu chốt của điều trị là gây ra được hiện tượng phóng noãn
 - D. Ưu tiên cho progestin thay vì progesterone, do có hiệu quả hơn
- 2** Quan điểm nào trong các quan điểm sau về điều trị xuất huyết cơ năng trước mãn kinh là thích hợp?
- A. COC là liệu pháp đơn giản, hiệu quả, an toàn trong đa số trường hợp
 - B. Chỉ điều trị trong chu kỳ có chảy máu, không điều trị nhiều chu kỳ
 - C. Ưu tiên điều trị với Nor-19 testosterone hơn là cho với các progestin khác *vì hoạt tính kháng estrogen mạnh*
 - D. Điểm mấu chốt của điều trị là phục hồi được phát triển nội mạc tử cung
- 3** Xác định điểm giống nhau trong cơ chế gây xuất huyết tử cung cơ năng ở tuổi dậy thì và ở giai đoạn muộn của tuổi quanh mãn kinh?
- A. Sự không ổn định của hoạt động chẽ tiết GnRH của hạ đồi
 - B. Sự không ổn định của hoạt động chẽ tiết LH của tuyến yên
 - C. Thiếu hụt của progesterone chẽ tiết từ buồng trứng
 - D. Hoạt động chiêu mộ noãn nang không hiệu quả
- 4** Ở bệnh nhân có xuất huyết tử cung bất thường liên quan với hội chứng buồng trứng đa nang, chảy máu có liên quan đến biểu hiện nội tiết nào?
- A. Cường estrogen tương đối
 - B. Cường androgen tuyệt đối
 - C. LH cản bản cao thường trực
 - D. Tăng prolactin
- 5** Quan điểm nào trong các quan điểm sau về điều trị

Thời gian còn lại

0:9:55



Số báo danh
20170419_96739

SUBMIT

IF AT					
C1	A	B	C	D	0
C2	A	B	C	D	0
C3	A	B	C	D	0
C4	A	B	C	D	0
C5	A	B	C	D	0
C6	A	B	C	D	0
C7	A	B	C	D	0
C8	A	B	C	D	0

tuổi dậy thì thì từ từ sẽ có phóng noãn nên chảy máu bất thường mới điều trị, còn mãn kinh thì chắc chắn là bất thường hoài rồi, điều trị hoài thôi

C13	A	B	C	D	0
C14	A	B	C	D	0
C15	A	B	C	D	0
C16	A	B	C	D	0
C17	A	B	C	D	0
C18	A	B	C	D	0
C19	A	B	C	D	0
C20	A	B	C	D	0

SCORE: 0

xuất huyết tử cung sau khi đã mãn kinh là thích hợp?
 Siêu âm đường âm đạo là khảo sát bắt buộc
 đầu tay để giúp quyết định điều trị xuất huyết hậu mãn kinh

APPROVED
 Tieu Cat , 20/10/2021, 3:42:02 PM

B. Nạo sinh thiết buồng tử cung để loại trừ ác tính là bắt buộc cho mọi trường hợp xuất huyết hậu mãn kinh

C. Progestin là điều trị quan trọng nhất của xuất huyết hậu mãn kinh không do nguyên nhân ác tính

D. Xuất huyết ở người đã mãn kinh có BMI thấp là một yếu tố gợi ý nguồn gốc cơ năng của xuất huyết

lúc này đâu có es trong cơ thể đâu, cho proges vào sao tác dụng đc. Câu 20 kêu xài acid traxenamic để cầm máu kìa

6 Khảo sát biến thiên nồng độ của hCG theo thời gian có ý nghĩa ra sao?

A. Cung cấp thông tin giúp xác định hoạt năng của hoàng thể thai kỳ

B. Cung cấp thông tin giúp xác định hoạt năng của **nguyên bào nuôi**

C. Cung cấp thông tin giúp xác định vị trí làm tổ của trứng thụ tinh

D. Cung cấp thông tin giúp xác định tính sinh tồn của phôi thai

7 Khái niệm “vùng phân biệt của β-hCG” (discrimination zone) được xây dựng từ các thành tố nào (không phân biệt thứ tự) trong các thành tố nào sau đây? [1] điểm cắt (ngưỡng cắt) (cut-off-point) của nồng độ β-hCG dùng để phân định ; [2] sự hiện diện của túi thai ở vị trí ngoài buồng tử cung ; [3] sự hiện diện của cấu trúc phản âm hỗn hợp ở cạnh tử cung ; [4] sự vắng mặt của hình ảnh túi thai bên trong buồng tử cung. Chọn một tổ hợp dùng xây dựng ngưỡng phân định

A. [1] và [2]

B. [1] và [3]

C. [1] và { [2] hoặc [3] }

D. [1] và [4]

8 Quan điểm nào trong các quan điểm sau về điều trị tăng sinh tuyến nội mạc tử cung phức tạp không điển hình là thích hợp?

A. Do có tiềm năng ác tính, khả năng điều trị nội khoa thành công lại không cao nên điều trị ngoại khoa là ưu tiên nhất

B. Do có nguyên nhân chủ yếu là tình trạng phơi bày dài hạn với estrogen nên điều trị bằng progestin là điều trị chính

C. Do tái phát rất cao, nên việc theo dõi sau điều

IF AT				
C1	A	B	C	D
C2	A	B	C	D
C3	A	B	C	D
C4	A	B	C	D
C5	A	B	C	D
C6	A	B	C	D
C7	A	B	C	D
C8	A	B	C	D
C9	A	B	C	D
C10	A	B	C	D
C11	A	B	C	D
C12	A	B	C	D
C13	A	B	C	D
C14	A	B	C	D
C15	A	B	C	D
C16	A	B	C	D
C17	A	B	C	D
C18	A	B	C	D
C19	A	B	C	D
C20	A	B	C	D
SCORE: 0				

trị phải được thực hiện thường xuyên, định kỳ dựa trên hình ảnh học **theo dõi bằng nạo sinh thiết từng phần nhau !!!**

D. Trong thời gian theo dõi điều trị, nếu có nghi ngờ, thực hiện sinh thiết bằng Pipelle là đủ. Không cần nạo sinh thiết

9 Trong các phân tử sau, phân tử nào có hoạt tính kháng estrogen yếu nhất?

- A.** 17- α acetoxy progesterone
(medroxyprogesterone acetate, cyproterone acetate...)
- B.** Nor-19 testosterone (levonorgestrel, norethindrone...)
- C.** Chất điều hòa chọn lọc thụ thể estrogen (tamoxifene, raloxifene...)
- D.** Progesterone thiên nhiên (micronized progesterone, progesterone benzoate...)

10 Trong microadenoma tuyến yên gây tăng prolactin, kiểu bất thường kinh nguyệt nào là phổ biến nhất?

- A.** Vô kinh ít nhất 3 tháng
- B.** Chảy máu kinh nặng
- C.** Chảy máu kinh thường xuyên
- D.** Chảy máu kinh kéo dài

11 Nguyên nhân sâu xa của xuất huyết tử cung cơ năng tuổi dậy thì liên quan đến hiện tượng nào?

- A.** Tuyến yên chưa trưởng thành về chức năng
- B.** Nhịp độ của các xung GnRH quá thưa thớt
- C.** Nhịp độ của các xung GnRH quá dày đặc
- D.** Tuyến yên không nhạy cảm với xung GnRH

12 Khảo sát nội tiết ở một thiếu nữ bị xuất huyết tử cung cơ năng tuổi dậy thì, ghi nhận điều gì?

- A.** AMH thấp
- B.** Inhibin B thấp
- C.** Progesterone thấp
- D.** Estradiol thấp

13 Điều trị một trường hợp xuất huyết tử cung tuổi dậy thì, bạn nhắm đến mục tiêu nào?

- A.** Thiết lập được một phóng noãn hằng định
- B.** Thay thế tạm thời hoàng thể bị bất toàn
- C.** Thúc đẩy tiến trình phát triển noãn nang
- D.** Giải phóng trực khỏi tình trạng bị ức chế

14 Trong hội chứng buồng trứng đa nang, sản phẩm chẽ

IF AT				
C1	A	B	C	D
C2	A	B	C	D
C3	A	B	C	D
C4	A	B	C	D
C5	A	B	C	D
C6	A	B	C	D
C7	A	B	C	D
C8	A	B	C	D
C9	A	B	C	D
C10	A	B	C	D
C11	A	B	C	D
C12	A	B	C	D
C13	A	B	C	D
C14	A	B	C	D
C15	A	B	C	D
C16	A	B	C	D
C17	A	B	C	D
C18	A	B	C	D
C19	A	B	C	D
C20	A	B	C	D
SCORE: 0				

tiết chủ yếu của nang noãn là chất nào?

- A. Dihydroepiandrostenedione
- B. Pregnenolone
- C. Các estrogen (bao gồm cả E1 và E2)
- D. Progesterone

15 Một phụ nữ vô kinh nguyên phát, FSH và LH rất cao, bạn định hướng đến nguyên nhân nào?

- A. Nguyên nhân hạ đồi
- B. Nguyên nhân tuyễn yên
- C. Nguyên nhân buồng trứng
- D. Nguyên nhân cơ quan Mullerian

16 Một phụ nữ với hội chứng buồng trứng đa nang, cần được điều trị ra sao?

- A. Dùng progestogen có hoạt tính kháng androgen
- B. Dùng các chất thúc đẩy sản xuất FSH nội sinh
- C. Giảm cân và dùng các chất tăng nhạy insulin
- D. Chọn một trong 3 điều trị trên, tùy mục tiêu

17 Trong xuất huyết tử cung bất thường quanh mãn kinh, so sánh sinh thiết bằng nong nạo, ống Pipelle và sinh thiết qua soi buồng tử cung, bạn nhận thấy điều gì?

- A. Sinh thiết bằng ống Pipelle là ưu tiên trong phần lớn các trường hợp, nếu không có tổn thương khu trú
- B. Sinh thiết dưới soi buồng tử cung là lựa chọn trước tiên do khả năng tiếp cận chính xác tổn thương
- C. Nong cổ tử cung và nạo sinh thiết buồng tử cung là ưu tiên do ít có nguy cơ bỏ sót tổn thương
- D. Cả 3 phương pháp khảo sát là tương đương về độ nhạy, độ chuyên biệt, âm giả và dương giả

18 Thăm dò một trường hợp xuất huyết tử cung quanh tuổi mãn kinh, mục tiêu nào là ưu tiên nhất?

- A. Xác định có rối loạn phóng noãn qua tổng soát nội tiết
- B. Khảo sát tình trạng dự trữ noãn nang tại buồng trứng
- C. Xác định có hay không có một nguyên nhân thực thể
- D. Đánh giá ảnh hưởng toàn thân của giảm steroid sinh dục

19 Một phụ nữ tuổi sinh đẻ, bị không phóng noãn do thiếu nang hạ đồi, cần được điều trị ra sao?

IF AT				
C1	A	B	C	D
C2	A	B	C	D
C3	A	B	C	D
C4	A	B	C	D
C5	A	B	C	D
C6	A	B	C	D
C7	A	B	C	D
C8	A	B	C	D
C9	A	B	C	D
C10	A	B	C	D
C11	A	B	C	D
C12	A	B	C	D
C13	A	B	C	D
C14	A	B	C	D
C15	A	B	C	D
C16	A	B	C	D
C17	A	B	C	D
C18	A	B	C	D
C19	A	B	C	D
C20	A	B	C	D
SCORE: 0				

- A. Dùng bơm tạo xung GnRH ngoại sinh
- B. Dùng gonadotropin FSH và LH ngoại sinh
- C. Dùng estrogen và progesterone ngoại sinh
- D. Chọn một trong 3 điều trị trên, tùy mục tiêu

20 Điều trị xuất huyết tử cung hâu mãn kinh đã loại trừ bất thường ác tính ở nội mạc tử cung, ưu tiên chọn dược chất nào là dược chất đầu tay?

- A. Ethinyl estradiol
- B. Dydrogesterone
- C. Acid tranexamic
- D. Progestogen

IF AT				
C1	A	B	C	D
C2	A	B	C	D
C3	A	B	C	D
C4	A	B	C	D
C5	A	B	C	D
C6	A	B	C	D
C7	A	B	C	D
C8	A	B	C	D
C9	A	B	C	D
C10	A	B	C	D
C11	A	B	C	D
C12	A	B	C	D
C13	A	B	C	D
C14	A	B	C	D
C15	A	B	C	D
C16	A	B	C	D
C17	A	B	C	D
C18	A	B	C	D
C19	A	B	C	D
C20	A	B	C	D
SCORE: 0				



Y12



Bài kiểm tra đảm bảo chuẩn bị bài

(4) Tiếp cận và quản lý một trường hợp xuất huyết tử cung bất thường

Chương trình Sản Phụ khoa. Tín chỉ Sản Phụ khoa 2
© Quyền sở hữu trí tuệ thuộc về Bộ môn Phụ Sản, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

11. Trong các bệnh lý liệt kê dưới đây, bệnh lý nào thể hiện chủ yếu bằng xuất huyết tử cung bất thường? Chọn một câu đúng
- a. Rối loạn phóng noãn loại WHO I (nguyên nhân tôn thương hạ đồi)
 - b. Rối loạn phóng noãn loại WHO III (nguyên nhân suy tuyến sinh dục)
 - c. Rối loạn phóng noãn loại WHO II (nguyên nhân không phải là loại WHO I hay loại WHO III)
 - d. Cả ba loại rối loạn phóng noãn trên
- *thể hiện là vô kinh*
12. So sánh chu kỳ buồng trứng ở trẻ dậy thì và chu kỳ buồng trứng ở người giai đoạn trung gian của tiền mãn kinh, bạn rút ra được nhận định gì? Chọn một câu đúng
- a. Chúng khác nhau ở tiền trình chiêu mộ noãn nang
 - b. Chúng khác nhau ở tiền trình phát triển noãn nang
 - c. Chúng khác nhau ở cơ chế kiểm soát LH và đỉnh LH
 - d. Chúng khác nhau ở cả ba tiền trình được liệt kê trên
- *L. ↑ ↓*
13. Tăng prolactin sinh lý (hậu sản cho con bú) hay do microadenoma tuyến yên gây không phóng noãn. Tình trạng không phóng noãn này có triệu chứng nào là triệu chứng phổ biến nhất? Chọn một câu đúng
- a. Thiếu dưỡng âm đạo và bacterial vaginosis
 - b. Xuất huyết tử cung bất thường (AUB-O)
 - c. Hiện diện nang cơ năng lớn ở buồng trứng
 - d. 3 triệu chứng trên có tần xuất tương đương
- *Prolactin → kiêng h้า đồi - yên.*
→ *NE₂, VP₄ giống như nêm teo AD*
14. Ở trẻ gái trong độ tuổi dậy thì, thường thấy xảy ra tình trạng nào trong các tình trạng sau? Chọn một câu đúng
- a. Hội chứng hoàng thể tồn lưu
 - b. Nang hoàng tuyến 1 hay 2 bên
 - c. Nang noãn di vào thoái triển
 - d. Nang cơ năng của buồng trứng → *tả nang noãn nang đố (do & có hiện tượng noãn)*
15. Trong quá trình thiết lập chẩn đoán xuất huyết tử cung cơ năng tuổi dậy thì, cần lưu ý điều gì? Chọn một phát biểu đúng
- a. Nồng độ estradiol rất thấp là yếu tố quan trọng để xác lập chẩn đoán
 - b. Nồng độ LH luôn rất thấp là yếu tố quan trọng để xác lập chẩn đoán
 - c. Tình trạng này kéo dài không quá 2 năm kể từ lần có kinh đầu tiên
 - d. Phải được nghỉ đến trước tiên, trước mọi nguyên nhân thực thể khác
- *lùi S bài thi*
16. Hãy xác định mục tiêu của điều trị hội chứng buồng trứng đa nang? Chọn một câu đúng
- a. Dùng gonadotropin để tái lập tình trạng phóng noãn
 - b. Khắc phục tình trạng rối loạn chuyển hóa carbohydrate
 - c. Chủ động gây phân tiết nội mạc tử cung một cách định kỳ
 - d. Tùy thuộc vấn đề chủ mà chọn một trong các mục tiêu trên
- *y là pb lúi đong noãn PCOS*
17. Ở trẻ vị thành niên, làm cách nào để thiết lập chẩn đoán "buồng trứng đa nang"? Chọn một câu đúng
- a. Việc phân biệt hai tình trạng này gặp rất nhiều khó khăn do chúng giống nhau về nhiều mặt
 - b. Việc thiết lập chẩn đoán chủ yếu dựa vào các chu kỳ không có hiện tượng phóng noãn → *giống*.
 - c. Việc thiết lập chẩn đoán chủ yếu dựa vào định lượng hormone Anti-Mullerian Hormone
 - d. Việc thiết lập chẩn đoán chủ yếu dựa vào đặc điểm khảo sát hình ảnh học các nang noãn
- *Nh cõi ngay tuổi dậy thi*

dược can cù trên tiêu chí nào?

- Nên chọn các selective progesterone receptor modulator
- Nên chọn các progestin có hoạt tính đối kháng estrogen mạnh
- Nên chọn các progestin có hoạt tính đối kháng hắc đối mạnh yếu.
- Nên chọn các progesterone thiên nhiên hay dydrogesterone

19. Trong xuất huyết tử cung bất thường hậu mãn kinh, làm gì khi SIS cho thấy nội mạc dày không đều? Chọn một

- Nong và nạo buồng tử cung để sinh thiết.
- Nội soi buồng tử cung, sinh thiết qua soi.
- Sinh thiết nội mạc tử cung bằng Pipelle
- Ba giải pháp chẩn đoán trên là tương đồng

20. Hãy xác định phương tiện dùng để điều trị xuất huyết tử cung bất thường do viêm teo nội mạc tử cung hậu mãn kinh?

Chọn một điều trị thích hợp

- Estrogen liệu pháp
- Progesterone liệu pháp
- Kháng viêm không steroid
- Thuốc kháng ly giải fibrin**

REVISED

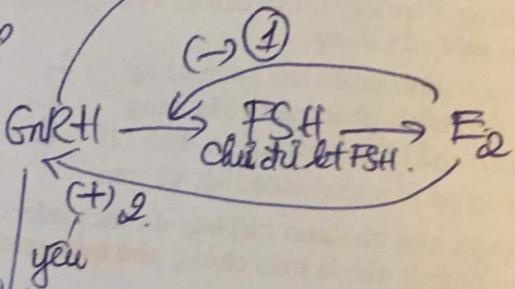
PCOS

cường estrogen tự đối \rightarrow XII tử cung bất thường

còn androgen \rightarrow mụn, rậm lông, ... \rightarrow xung thưa-thói

①. Chuỗi lặp của PCOS & tiến vi thành niên?

- Bé gái dậy thì, sự phát triển nang noãn.



\Rightarrow Bối cảnh là feed back + E2 của E2 \Rightarrow gây phóng noãn. (Feed back + E2)
- Chuỗi nang noãn & bé gái dậy thì + ntn gđ quay tròn mờ nhạt.

vẫn để nầm & thực
RL Phóng noãn
Kích thích chuỗi nang # ức chế
chuỗi nang
PTEN/PI3K

vẫn để nầm & bong tróc
chiam dù trót bong tróc
ANH↓
→ ức chế chuỗi
m8
kích thích chuỗi tăng

PCOS — theo tiêu chuẩn Rotterdam 2003

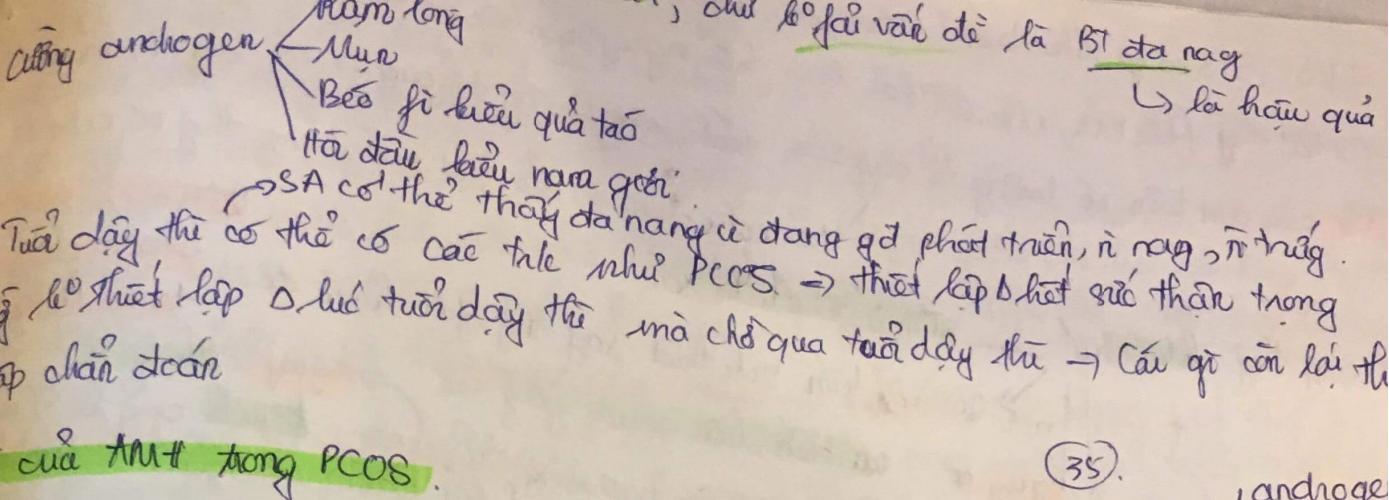
COS là A loại túi

chết lý nang noãn \downarrow \rightarrow V巾h bin B
Rối loạn phóng noãn
Cường androgen
PCO/siêu âm
nhận ±

khác nhau giữa RLPN của PCOS và FAM RLPN của 8+ tuổi vs thành niên
Tháng thứ 10 phóng noãn giống nhau hơn 1%

LH cao
Bối thế tử cung lọc và phát triển
nang noãn
Kết quả điều LH
Ot fat tròn

radiness Assurance Test gồm 10 câu.



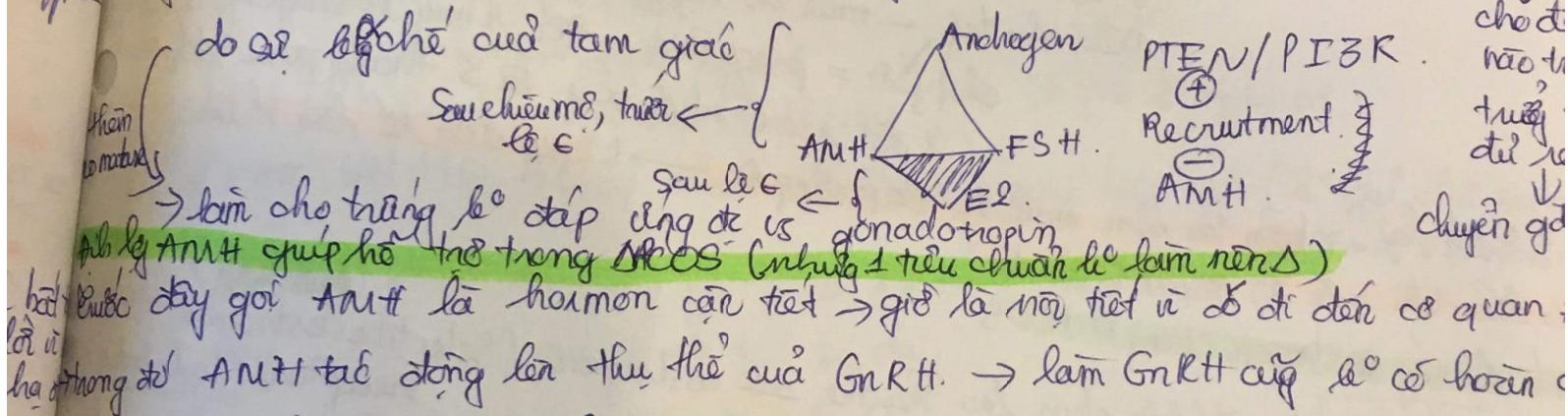
(35).

/ anchogen
AMH
PTEN / PI3K

Giống như buồng trứng có thể tăng / giảm / giao tiếp với / không
PTEN / PI3K

Giang PCOS: Nữ giới + thời kỳ / thời kỳ qua đó già 2

do sự kích thích của tam giác



PTEN / PI3K
(+)
Recruitment.
(-)
AMH

chuyển giao

→ làm cho trứng bao bì dày ứng với LH gonadotropin
nhưng AMH giúp đỡ trong PCOS (nhưng 1 tên chưa bao làm nên)

bởi vì trước đây gọi AMH là hormone cần tiết → giờ là nó tiết vì nó đến có quan
hợp đồng với AMH tác động lên thụ thể của GnRH. → làm GnRH cũng bao bì hoàn

→ Long cơ chế RPLN của PCOS

Thứ hai ứng dụng làm 1 mt để nêu rõ về bn PCOS, nghĩa là để truyềng thành trung trung

Tăng prolactin máu → ??? Kisspeptin (nhắc nhở)

HPLC → tác động lên Cytokine Receptor (tăng tín hiệu)

(tiết dopamine)

↓ giảm GnRH

↓ giảm chê tuyền yên

↓ giảm GnRH LH, FSH.

↓
Buồng trứng

↓
giảm E2

↓
và kinh

XHTC bắt thiêt Hán Mô, Mô kinh → fô lôc tinh nguyên nhân do menses.

SIS siêu âm bờm nở trưởng tử cung → tách rong buồng tử cung → có dc nér mac

Né' echosten → nở bờm cái sang thiêt có echo +

vết sang thiêt bùn thuỷ → ST mủ & chôn xác

nở scir và kén sikh thất sang thiêt fát hiện dc

Nguy cơ : tai biến hàn quan gây mê → nguy cơ thủng TC

Để tìm cáo sang thận
choáng chế, khôn
trong buồng tử cung

Sang thiêt lan tỏa → chí kiêc cái, co thê sikh thất mủ hoặc náo lòng tử cung; Pipelle cung là ST mủ nhau → ống nhau → nguy cơ hoại tử

⑤ Tăng sikh nér mac TCug → co chê → thiếu estrogen (for nhiem estrogen)

→ TB nér mac tử cung tăng sikh hòn locar
→ Phân loại thành 4 dạng: Dung dịch tan & đậm đặc hâm → ngao & tan
trên chất rắn - mite đt nhẹ co thê tử thổi hâm

chelydor = progestin → đối kháng estrogen.

1 đt sử dụng như vậy là 3 tháng sau đt menses

hỗ trợ sikh thất lai → kiểm tra xem mite đt đáp ứng đt. → k' quy đt, 10 lần làm

→ Chỗ tên kêu mực đt đáp ứng ổn định

⑥ Thuốc kháng estrogen trong Đ PCOS.

(SERM)

↪ chất điều hòa chặn lọc thụ thể estrogen. (Selective estrogen receptor Modulator)

điều hòa ≠ kháng

- là chất tự động quá khứ, giờ thì có khứ use, có khứ bõe

- Nở menses tử cung for nhiem estrogen lâu dài → nguy cơ tăng sikh MTC → K' MTC.

- SERM → là điều hòa - & fô lôc luân là kháng tự động nhanh, có quan
kết với thụ thể estrogen, kêu thi ối ian

- PCOS gây n. folic → use & theo thời phèn chil

- Nếu & XHTC bắt thiêt → chỉ cần use progetin → tác động ngay tức nér mac
tử cung → phantest → bong tróc nér mac tử cung → hâm bô

- SERM → gây phòng ngừa (đ. luân) muộn)

⇒ tùy theo thời gian chil của bn. mà chọn s. i. u tác động nô hâm quá hay
tien cau than phèn của bn

Chi phí

- Comiben (SPEN) → là chất có khả năng sikh ứng

chuyên cáo : k' dùng quá 12 chu kỳ trong 2 cuộc đt

⇒ Do đó chúng ta có phòng ngừa đi nua thi fô lôc bô lâm dùng mà chuyên qua
cái khác chí bô fô lôc cảm cùi dùng (comiben) 0.2% +

Tóm lại

Xét xét thô & độ tuổi dậy thì: Cố chẽ chính là AL trục hắc - yên - buồng trứng
linh quan đến xung LH chưa ổn định để tạo phong noãn

Đối với độ tuổi tiền mãn kinh thì cố chẽ chính là do giảm độ tut buồng trứng
để tuổi tiền mãn kinh cản chẽ & nguyên nhân thực thể, cần loại trừ ung
mẫu NMTC → Δ GPR trước khu vực các θ ≠

TC: Độ tuổi liên quan tăng prolactin máu → Võ Lai (do NMTC bắt thô)

↪ do FSH, LH → do nang noãn phát triển → E_2 .

Là ST mủ nồng, XHT bắt thô của độ tuổi dậy thì → Testosterone tăng đối → lâm lâm ra hiện tượng
đóng nhau → lâm lâm, lâm lâm, lâm lâm, lâm lâm, lâm lâm
nguy cơ hoại tử, lâm lâm, lâm lâm, lâm lâm, lâm lâm, lâm lâm
↪ do FSH, do LH nhưng do FSH LH

Điều trị: Ông PIPELINE

Bn 8 già tiền mãn kinh, >45 tuổi

XHT til aug chay máu quá tự kinh kéo dài 9d (>7d) ⇒ có yếu tố nguy cơ.

Khi có NMTC bắt thô → chẩn đoán bảo tồn ngay bằng giếng (do fai chia sách
kết 4-6d).

1) Tùn case này do có tiền mảng già, Võ Lai do + de bu trúi
NMTC dây $\xrightarrow[\text{thết}]{\text{tub}} \text{gần gần} \xrightarrow{\text{còn tiếp tục}} \text{dây}$

còn fai xem xét loài tuỷ K NMTC tuỷ θ.

Yếu tố dùng lis.

XHT bắt thô (tiền mãn kinh)

Kết quả: Kết quả như sau
tửu đâm tuy để loại K

hay b^o m^o

48 tuổi → có bly/ râm ẩn.

⇒ loại K dù b^o 100%

⇒ dùng progesteron để đối kháng estrogen.

⇒ Lứa chun đê mao nồng → có thể quen nồng, nồng độ có thể dao động lên dưới

đến nồng: giải phóng đều đặn menses ngay

↓ gây tác động ngay lên nội mạc tử cung

⇒ dù bao b^o K thì có thể

Pipeline

dù b^o

100%

NMTC bắt thô → thời điểm
kháng estrogen

Sơ xuất tinh CIS b^o chè xác kinh

gravid tiếp
b^o fai thay đổi
tuỷ cao lan toả
thay và bài chia
cho (Polyp)

↓
hết menses
b^o n^o tuỷ
tùy theo nồng
độ thuốc

Nếu đang có kinh → cách theo dõi: có cơn ra máu δ° ?
 Kết thúc → SA bao lâu và độ dày nMC.

- Mục tiêu: có hành kinh
- sau menses 4-6 ngày có kinh → ngay khi sạch kinh → tái khám SA
- Menses là 3 tháng

FAT Vagina → Progesterin kéo dài → có thể δ° cơn kinh. (tùy theo bao nhiêu có kinh nữa hay δ° ?)

- Khi nào SA & D nghỉ Rhoè chuỗi chờ DB long TC → SIS

- Khi nào SA & D nghỉ DB long TC → làm Pipette luân.

↳ còn nếu rõ rệt, dày đặc,... → làm Pipette luân.

- Cut off ~~4mm~~ → là dài cho 1 mm bl còn bao nhiêu còn chia bằng bốn.

5 ↓

on h δ kinh hán iết
on đầu ck kinh (gấp muôn lít thừa iết)

→ 1/10 mực kinh sa kết hợp lúc nào NMC > 4 → Bổn tháp

người béo
phu

Estrogen gồm

- E₁ - từ amid mỡ
- E₂ - makh I
- E₃ - từ Buaeng trung
- là chất chuyển hóa của E₁, E₂

NMC

K

nứt tiết
thay thế

② Tinh hướng 2: MIFEPRISTONE

- Xử trí: Ngưng Mife do hiện tại bvbn, hết chảy máu.

Mục tiêu của việc cho Mife là hết chảy máu, chia lô fai là hết u xơ. Sau từ 3-6 tháng

Giót & 3 tháng sau, hết chảy máu và sự menses e' thường.

Có chờ đợi hay δ° ? → Chứng nào chảy máu bụi mới cho tháo kinh.

- Sau 3-6 tháng menses 4-6 tuần ck sau, đánh giá có menses có dày như δ° .
(còn sạch kinh)

Khi đang use SPRM, menses sẽ dày lên → δ° bắt buộc fai sinh thiết. Nếu sinh thiết không bắt cho GFP là đang xâm nhiễm.

- u xơ FIGO 0, 1 thì sau δ° = Phẫu thuật.

FIGO 2 cũng có thể PT những vùng menses dày δ° ly + q. (70% châm & dien)

- NMC - & trong độ tuổi ss: 10mm là dày

im SA b
nó có thể là estrogen và progesteron. mà do top xú estrogen kéo dài nên menses

PCOS
NMR

→ estrogen kéo dài → tăng sinh nòi mao tì aug.

4.4

bị này có PCOS

bị này có Schlegel kraan

THA

bị này có Béo phì

bị này có đái tháo đường

thêm muộn

bị có tăng sinh nòi mao tì ở dinh dưỡng, & độ dinh dưỡng

⇒ Ad có bài tháo

tử có năng lượng qua thực phẩm

⇒ cải thiện mật là xong đỡ 8% chuyển thành K.
(chỉ số fat là có con)

⇒ cần & progestin, điều chỉnh menses 8 tháng ⇒ (B) → la rắn để quan trọng
hiện tại (tươi mới)

NMR tăng từ ban 2 → béo có thai đc

NMR tăng từ ban 2 → béo có thai đc
NMR tăng từ ban 2 → béo có thai đc

điều kiêng

- Béo fat ⇒ folate ↓ là ↓ cân

Béo fat
Cortisol

PCOS

Riêng tiết năng hơn

⇒ Rất khó

⇒ kết hợp vs dùng thuốc
thu ↓ cân mà thúc đẩy

(giảm cân là chìa khóa trong & PCOS)

- Metformin béo thể dùng lâu dài

→ KVO chuyển cao dùng dài mà cho bn PCOS

là θ lâm sàng PCOS

⇒ chỉ dùng 8 bn PCOS có béo tăng insulin (HTD type 2)

⇒ gây sưng mẩn: thay đổi nồng độ cholesterol

Gomuối có con → gây sưng mẩn

⇒ mẩn đỏ.

④ Trong ICOS \rightarrow mè đậm BT dày \rightarrow ↑ LH \rightarrow ↑ Androgen
(Tăng từ nguồn gốc buồng trứng)

Androgen $\xrightarrow{\text{hỗn tan trong máu}}$ fai có chất chuyên chở

Lấy máu tĩnh mạch \rightarrow ra lõi toàn phần $\begin{cases} \text{gân bết} \\ \text{tử do} \end{cases} \Rightarrow$ lõi cầu gây tắc

\Rightarrow ↑ chỉ số testosterone $\frac{\text{toàn phần}}{\text{chất chuyên chở}}$

Tính hướng 4. Duy trì

FSH, LH = 0 thì chưa dày thi \rightarrow lõi cầu A

Ngoài ra TB hoạt của BT, fai estrogen, fai cói bỏ BT, k⁺ thi chỉ số progestin dù

BÀI KIỂM TRA ĐẢM BẢO CHUẨN BỊ BÀI (READINESS ASSURANCE TEST)

MÃ ĐỀ: 624

1. Trong các trường hợp liệt kê dưới đây, có thể thấy tình trạng cường estrogen tương đối trong trường hợp nào? **Chọn một câu đúng**
 - Chu kỳ không phóng noãn trong hội chứng buồng trứng đa nang
 - Tránh thai bằng viên thuốc hàng ngày chỉ chứa progestogen liều thấp
 - Xuất huyết tử cung bất thường ở tuổi dậy thì và ở tuổi tiền mãn kinh
 - Có thể thấy tình trạng cường estrogen tương đối trong cả 3 trường hợp trên
2. Có thể quan sát thấy kiểu bình diện nội tiết nào ở xuất huyết tử cung cơ năng tuổi dậy thì? **Chọn một câu đúng**
 - Inhibin bình thường, AMH bình thường, E₂ bình thường
 - Inhibin thấp, AMH bình thường, E₂ bình thường
 - Inhibin thấp, AMH thấp, E₂ bình thường
 - Inhibin thấp, AMH thấp, E₂ thấp

*Chưa ổn định
trục hạch đời yên.
⇒ Mấy câu về trung trung L.*
3. Nếu không được điều trị đúng, xuất huyết tử cung cơ năng tuổi dậy thì có thể có liên quan đến nguy cơ xảy ra vấn đề nào? **Chọn một câu đúng**
 - Ung thư tuyến nội mạc tử cung
 - Thiểu máu nhược sắc hồng cầu nhỏ
 - Ung thư vú với estrogen receptor (+)
 - Liên quan đến cả 3 vấn đề nêu trên
4. Ở quanh tuổi mãn kinh, tình trạng xuất huyết tử cung bất thường nào sẽ đáp ứng tốt với điều trị bằng progestogen? **Chọn một câu đúng**
 - Xuất tử cung bất thường ở độ tuổi hậu mãn kinh, với bè dày nội mạc rất mỏng
 - Xuất tử ~~ung~~ bất thường ở độ tuổi hậu mãn kinh, với bè dày nội mạc rất dày → sùi, lỗ lác
 - Xuất tử cung ở độ tuổi tiền mãn kinh, đã loại trừ các nguyên nhân thực thể
 - Cả ba trường hợp trên đều cùng đáp ứng tốt với progestogen ngoại sinh
5. Một trường hợp vô kinh có bình diện nội tiết là các nồng độ thấp hay cực thấp của FSH và LH có thể có nguyên nhân nào? **Chọn một câu đúng**
 - Nghịch sản tuyến sinh dục ở người nữ 46,XY, SRY → FSI 1:1
 - Suy giảm chức năng của nhân cung hạ đồi
 - Dị dạng bất sản các cơ quan nguồn gốc Mullerian
 - Cả 3 tình trạng này đều gây vô kinh có FSH, LH thấp

*46,XY, SRY → lỗ cổ tử hoàn
thiếu gen hox 18 -& có AMH
& có Buồng trứng Muller phát triển*
6. Thái độ nào là hợp lý khi phải cầm máu cho một trường hợp xuất huyết tử cung cơ năng trong độ tuổi sinh sản, kèm theo là hình ảnh bè dày của nội mạc tử cung rất mỏng? **Chọn một thái độ hợp lý**
 - Trước tiên là acid tranexamic, sau đó sẽ tiếp tục bằng estrogen
 - Trước tiên là acid tranexamic, sau đó sẽ tiếp tục bằng progesterone
 - Trước tiên là estrogen, sau đó sẽ tiếp tục bằng progesterone
 - Sử dụng đồng thời estrogen, progesterone và acid tranexamic
7. Trong xuất huyết tử cung cơ năng ở độ tuổi sinh sản, khi đang điều trị khôi phục hay cung cấp nội mạc tử cung bằng steroid sinh dục ngoại sinh, nhưng đáp ứng cầm máu chậm, bạn sẽ làm gì? **Chọn một thái độ hợp lý**
 - Tăng liều steroid sinh dục
 - Đổi sang dùng đường tiêm
 - Dùng thêm acid tranexamic
 - Phối hợp cả 3 biện pháp trên

*Nội tiết tăng thông qua thu thải → lỗ cản tại giao, cản thời gian
Dùng GnRH đồng vận lâu dài sẽ mãi thu thải*

Câu hỏi

1 TÌNH HUỐNG 1: ỐNG PIPELLE

Bà A. 48 tuổi, PARA 2002, 2 lần sanh thường, đến khám vì ra huyết âm đạo lượng ít, nhưng kéo dài đã 9 ngày nay.

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

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

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

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

Pipelle vẫn có khả năng âm tính giả khi tồn thương khú trú

Hôm nay, bạn cần làm gì thêm cho bà A. sau khi đã siêu âm xong? Chọn các giải pháp mà bạn cho là hợp lý

- A. Nên cho progestin 10-14 ngày mỗi tháng, vào nửa sau chu kỳ
 - B. Nên đặt dụng cụ tử cung phóng thích levonorgestrel (IUS-LNG)
 - C. Nên nội soi buồng tử cung trước khi ra quyết định điều trị
 - D. Nên siêu âm bơm nước buồng tử cung trước khi ra quyết định điều trị
 - E. Nên thực hiện nong và nạo sinh thiết trước khi ra quyết định điều trị
 - F. Nên thực hiện soi buồng tử cung cắt đốt phá hủy nội mạc tử cung
 - G.
- có thể cân nhắc ở một số tuyến do có thể điều trị thử, không thể BN nào cũng đầy
đi siêu âm bơm nước hay nội soi buồng tử cung được
- nên tiến hành trước khi thực hiện thủ thuật xâm lấn như nội soi buồng
TC (theo lưu đồ)
- hơn 45 tuổi + AUB => nạo bất chấp

2 TÌNH HUỐNG 2: MIFEPRISTONE

Bà B. 40 tuổi, PARA 2002, con nhỏ 15 tuổi, đến tái khám theo hẹn vì đang điều trị u xơ-cơ tử cung.

Cách nay 3 tháng, bà B. có đến khám vì ra huyết âm đạo bất thường một hai lần. Khi đó, bà được khám, siêu âm và chẩn đoán là ra huyết do u xơ tử cung dưới niêm mạc, loại S2 theo FIGO, d = 2 cm. Lúc bấy giờ, nội mạc = 7 mm. Bà

Thời gian còn lại

1:59:57



Số báo danh

20170116_18290

SUBMIT

IF AT							
C1	A	B	C	D	E	F	G
C2	A	B	C	D	E	F	G
C3	A	B	C	D	E	F	G
C4	A	B	C	D	E	F	G

SCORE: 0



được tiến hành điều trị bằng Mifepristone 2.5 mg mỗi ngày. Sau khi thực hiện điều trị, bà B. không còn chảy máu nữa, và đến khám theo hẹn. Bà B. có kinh **lần cuối cách nay 2 tuần.**



Khám thấy tử cung hơi to, di động tốt. Siêu âm ghi nhận tử cung có dAP = 48 mm, **nội mạc 12 mm**, không bất thường trên 2 phần phụ. Đang phân tiết, hết chảy máu => ngưng Mife => hẹn SA ngày 4-6 (khi sạch kinh)

Bạn sẽ làm gì cho bà B. hôm nay? Chọn các giải pháp mà bạn cho là hợp lý

- A. Mọi việc ổn. Không cần khảo sát thêm. Duy trì mifepristone
- B. Nội mạc dày. Sinh thiết Pipelle. Duy trì mifepristone nếu bình thường
- C. Nội mạc dày. Soi buồng tử cung. Duy trì mifepristone nếu bình thường
- D. Nội mạc dày. Nạo sinh thiết. Duy trì mifepristone nếu bình thường
- E. Tạm ngưng mifepipristone. Sẽ cho lại khi nội mạc trở về bình thường
- F. Ngưng mifepristone. Chuyển sang dùng dụng cụ tử cung phóng thích LNG
- G.

IF AT							
C1	A	B	C	D	E	F	G
C2	A	B	C	D	E	F	G
C3	A	B	C	D	E	F	G
C4	A	B	C	D	E	F	G
SCORE: 0							

3 TÌNH HUỐNG 3: NGOẠI CƠ

Bà C. 36 tuổi, **hiếm muộn 12 năm**, đến khám vì ra huyết âm đạo kéo dài. Tiền căn gia đình không ghi nhận bất thường. Bà C. có kinh năm 13 tuổi, chu kỳ không đều, đôi khi 2-3 tháng có kinh một lần.

Khám ghi nhận cao **150 cm, nặng 65 kg**. Test định tính hCG nước tiểu âm tính. **BMI =29**

Khám ghi nhận huyết áp **140/85 mmHg**. Mỏ vịt thấy có ít máu từ lòng tử cung.

Siêu âm thấy nội mạc tử cung có phản âm dày sáng, bề **dày nội mạc 21 mm**. 2 buồng trứng có **hình ảnh nhiều nang nhỏ**, hình chuỗi ở ngoại vi.

Bà C. đã được nạo sinh thiết nội mạc tử cung với kết quả giải phẫu bệnh: tăng sinh tuyến nội mạc tử cung **đơn giản, không điển hình**.

Hãy chọn những phát biểu thích hợp, giải thích.

Bạn sẽ lên kế hoạch ra sao cho bà C.?

Chọn một giải pháp trước mắt và một giải pháp lâu dài mà bạn cho là hợp lý

- A. Progestin một lần duy nhất để cầm máu và tạo kinh bình thường
- B. Progestin trong một thời gian đủ để giải quyết tăng sinh nội mạc tử cung để điều trị cho tăng sinh tuyến không điển hình
- C. Progestin dài hạn và không xét đến điều trị hiếm muộn nữa cần xem xét nhu cầu có con của BN
- D. Giảm cân 1. Giúp giảm yếu tố nguy cơ của ung thư NMTC
2. Giảm tình trạng đe kháng insulin, có lợi trong HC buồng trứng đa nang cũng như cải thiện khả năng phóng noãn
- E. Metformin 3. Nhằm chuẩn bị cho BN trong trường hợp BN muốn có thai, để phòng outcome xấu như ĐTD thai kì
- F. Gây phóng noãn HC buồng trứng đa nang (PCOS):
1. Tiêu chuẩn chẩn đoán Rotterdam 2003, có 2/3 tiêu chuẩn (sau khi loại trừ bệnh lý tăng androgen)
. Rối loạn phóng noãn
. Biểu hiện cường androgen (LS hoặc CLS)
. Hình ảnh buồng trứng đa nang/ siêu âm (nhiều nang nhỏ, hình chuỗi ngoại vi)
- G.

4 TÌNH HUỐNG 4: DẬY THÌ?

Bé D. 8 tuổi, được mẹ đưa đến bệnh viện khám vì có kinh.

Từ nhỏ đến giờ, bé không có bất thường gì về tăng trưởng và tâm thần vận động. Biểu đồ tăng trưởng của bé bình thường. Vài tháng nay, tự dương vú phát triển nhanh. Vài hôm nay, đột nhiên bé có chảy máu âm đạo.

Bé được khám và được cho định lượng nội tiết. Khám ghi nhận chỉ có vú phát

triển, **không thấy hê lông phát triển tương thích với vú.** -> đặc điểm sinh dục thứ phát phát triển không tương đồng

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

cao. Progesterone = 0.

-> bất thường, estradiol rất cao này khả năng do một khối u nào tiết ra

Siêu âm thấy tử cung có dAP = 30 mm. **Nội mạc tử cung 12 mm.** -> nội mạc tử cung dày do phơi nhiễm E2 cao kéo dài

Cạnh phải tử cung là một khối d = 5 cm, có nhiều thùy. -> khả năng là u tế bào vỏ-hạt tiết E2,

Buồng trứng trái nhỏ, có cấu trúc bình thường của một trẻ 8 tuổi. **phù hợp kết quả định lượng nội tiết,**

Bạn sẽ làm gì cho bé D.? *Dậy thì thường kích thước hai buồng trứng đều nhau

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

IF AT								
C1	A	B	C	D	E	F	G	0
C2	A	B	C	D	E	F	G	0
C3	A	B	C	D	E	F	G	0
C4	A	B	C	D	E	F	G	0

SCORE: 0

Dậy thì khi:

. Nồng độ Estrogen bình thường (không quá cao hay quá thấp)

. Nồng độ FSH thay đổi (nhưng không thấp gần bằng 0)

. Đặc điểm sinh dục thứ phát phát triển khá tương đồng

Dậy thì sớm:

. Ra máu âm đạo ở trẻ < 9 tuổi kèm **ặc điểm của dậy thì**