



RAT

Câu 1: Siêu âm PCOS khác biệt vs XHTC cơ năng tuổi dậy thì do RL phóng noãn khác nhau như thế nào?

- PCOS: nhiều nang kích thước nhỏ do ko có nang vượt trội, thể tích buồng trứng tăng
- Dậy thì: 1 nang đã phát triển vượt trội nhưng ko phóng noãn dc (nang cơ năng) tương đối lớn...sẽ tự thoái triển trong vòng 6 tuần (nếu theo dõi khoảng 3 chu kì mà vẫn tiếp tục tồn tại, thậm chí lớn lên, thì coi chừng nó là nang thực thể ⇒ phải đi tìm xem nó có tân lập/ác tính ko?)

Giải đáp

- Vấn đề của bé dậy thì nằm tại trục hạ đồi-tuyến yên còn non nớt (do hạ đồi ko đủ khả năng tạo fb dương từ E2 để tạo đỉnh LH chứ ko phải buồng trứng tiết ko đủ E2) ⇒ có thể tạo 1 nang sẵn sàng phóng noãn nhưng xung GnRH còn thừa nên ko có đỉnh LH nên ko phóng noãn dc ⇒ nó sẽ thoái triển chứ ko có tồn tại tiếp tục sang chu kì tiếp theo và lấy FSH của đoàn hệ nang noãn mới. Chu kì sau vẫn có thể tiếp tục có 1 nang y như vậy, có thể mình sẽ lằm không biết đây là nang mới xuất hiện

hay là nang cũ vẫn còn tồn tại (Ở người trưởng thành: 1 số bs cho thuốc tránh thai liều chuẩn để ức chế các chu kì tiếp theo ko có 1 nang nào phát triển đến mức phóng noãn, để chỉ duy trì 1 cái nang đó để quan sát xem nó là cơ năng hay thực thể, nếu tính chất của nang ko lành tính Hoặc sau 3 chu kì mà vẫn còn tồn tại thì là nang thực thể thật chứ ko phải nang của đoàn hệ/chu kì mới)

- Nang trứng/nang noãn (tiền hốc, hốc nhỏ, lớn, nang tiền phóng noãn) = noãn bào (sơ cấp, thứ cấp, trưởng thành) (nằm bên trong chứa nhiễm sắc thể) + tb tuỷ hành (tb hạt, tb vỏ). Nếu nó ko phóng noãn thì mọi thụ thể trên tb tuỷ hành của nó đã bị gonadotropin lấp đầy nên khi qua chu kì sau thì nó ko còn liên quan gì tới hoocmon nữa.
- Quan trọng, ở tuổi dậy thì ko đặt ra chẩn đoán buồng trứng đa nang trong 2 năm đầu sau lần có kinh đầu tiên do trục chưa phát triển. Do tuổi dậy thì là lúc em bé nhiều nang nhất sẽ dễ làm trên siêu âm (lúc em bé đến khám lúc chưa có 1 nang vượt trội tiền phóng noãn để phân biệt), cường androgen (nổi mụn...), RL phóng noãn ⇒ cả CLS và LS đều dễ làm vs PCOS ⇒ ko đặt ra chẩn đoán vì nếu điều trị theo hướng PCOS thì sẽ ảnh hưởng đến trục non nớt của bé.
- PCOS nằm ở buồng trứng (ngoài ra còn có nội tiết, ĐTĐ ...): tiêu chuẩn siêu âm >10 nang nhỏ nhỏ gần bằng nhau, ko có nang vượt trội chiếm FSH, ko có nang nào phát triển đến mức sẵn sàng phóng noãn. Tiêu chuẩn chẩn đoán: chỉ cần 2/3: 1. RL phóng noãn (kinh nguyệt ko đều) 2. Cường androgen trên LS/CLS 3. Siêu âm

Câu 2: Điều trị AUB tuổi dậy thì?

1. Cấp cứu: không đến nỗi như vậy do thường XH ít, nếu XH nhiều thì thường nghĩ đến các RL đông máu
 2. Loại trừ NN thực thể
 3. Điều trị nếu xuất huyết thực sự ảnh hưởng đến bé (ảnh hưởng đến học tập, tập trung, thiếu máu...)
- Siêu âm ngã trực tràng (chứ SA bụng khó thấy, còn em bé nên ko SA qua ngã âm đạo: nếu thấy nội mạch bong tróc loang lổ...⇒ dùng E2 để cầm máu 10-14 ngày (tác dụng qua gen nên cần vài ngày...chấp nhận được do AUB này chỉ lượng ít cũng ko cần thiết cầm ngay) ⇒ dùng P4 để phân tiết ⇒ tạo 1 hành kinh bth ⇒ bổ sung FE, Vt C, hẹn tái khám

- Có thể cầm máu bằng ax tranexamic/NSAIDs vẫn được nhưng cầm máu ko tốt bằng do nó có cơ chế khác, còn AUB ở em bé này phải dùng steroid mới đúng cơ chế
- Ko tiên đoán đc chu kì tiếp theo có bị RL phóng noãn ko nên ko điều trị dự phòng, cũng ko gây phóng noãn cho bé, hạn chế sd thuốc nội tiết, chỉ khi nào xuất huyết nữa thì điều trị

Câu 3: PCOS có cần phải điều trị cho nó phóng noãn hằng tháng ko?

- Xem BN đến khám vì vấn đề gì thì mình giải quyết theo vấn đề đó: hiếm muộn, AUB, cường androgen. Do PCOS là 1 RL nội tiết, chuyển hoá, ảnh hưởng nhiều cơ quan (RL phóng noãn (chứ ko phải là ko phóng noãn): ko đều, rụng tóc, hói theo kiểu nam giới, giọng nói trầm, lông mặt và nhiều ở các vị trí khác, béo phì, ĐTĐ type 2...)
- Điều trị hiếm muộn: (gây phóng noãn) first choice là **letrozole**, IVF, IVM (lấy nang trứng non rồi trưởng thành nó ở bên ngoài chứ ko cần kích thích buồng trứng lấy nang trưởng thành để thụ tinh ống nghiệm như IVF), metformin, gonadotropin, giảm cân,
 - Chưa biết chính xác tại sao BN lại mắc PCOS, nhiều giả thuyết nhưng chưa đủ thuyết phục ⇒ ko thể điều trị nguyên nhân
- Lo lắng NMTC tiếp xúc E2 kéo dài sẽ dẫn đến tăng sinh NMTC, ung thư ⇒ ko cần thiết phải dùng các pp gây phóng noãn (phức tạp, mắc tiền)

⇒ chỉ cần cho P4 10-14 ngày rồi ngưng để BN hành kinh (ko cần phóng noãn nhưng đơn giản, rẻ tiền) mỗi 3 tháng ⇒ BN PCOS dù đã mãn kinh hoặc có đủ con mà cho BN về là không được mà phải tái khám mỗi 3 tháng và dùng thuốc

⇒ Nếu BN lo lắng vì mỗi tháng ko có kinh thì dùng COCs mỗi tháng để BN hành kinh, chú ý tiền căn thuyên tắc, xơ vữa, béo phì ⇒ **1 vài NC thấy sau 1 tg dùng COCs thì PCOS biến mất**

- Cũng như tuổi dậy thì, nếu như NMCT bong tróc loang lỗ gây chảy máu nhiều thì cũng phải dùng E2 trước rồi P4

- Có thể sinh thiết NMTC nếu AUB ở PCOS sau 35 tuổi, nhưng ko thường quy. Phải khảo sát bằng siêu âm trước (tăng sinh, dày NMTC, tăng sinh mạch máu bất thường....)

Câu 4: Thiết lập chẩn đoán AUB quanh mãn kinh do RL phóng noãn?

- BN đến khám vì xh bất thường qua đường âm đạo, còn bài này đang học là xh từ TC \Rightarrow cần đặt mỏ vịt, lau máu ở âm đạo và coi thử máu chảy ra từ đâu (ở tuổi dậy thì ko dc đặt mỏ vịt)

\Rightarrow Từ âm đạo: do u cục, rách cùng đồ sau quan hệ

\Rightarrow Từ cổ TC: Lộ tuyến, viêm nhiễm, ác tính

\Rightarrow Từ tử cung: NN thực thể nổi trội là tăng sinh/ung thư (còn RLDM thì phải biểu hiện từ sớm, còn có thai tuổi này cũng ít)

***VẤN ĐỀ SINH THIẾT NMTC:**

Xh âm đạo bất thường, cần loại trừ tăng sinh, những phụ nữ sau 40 tuổi, tiền sử phơi nhiễm estrogen dài thì sau 35 tuổi, sinh thiết không thường quy. Hầu hết tăng sinh nmtc thì Siêu âm thường bất thường

Điều trị:

- Mãn kinh: ko có kinh ít nhất 12 tháng (viêm teo NMTC là NN thường gặp nhất-lành tính \Rightarrow ác tính đứng thứ 2) \Rightarrow Bắt buộc phải sinh thiết
- Viêm teo NMCT: nội mạc ko còn thụ thể vs E2, P4 \Rightarrow dùng như ax tranexamic là hiệu quả và đủ để cầm máu
- XH chức năng do RL NMTC: nền tảng điều trị dựa vào progestin. Nhưng tùy vào hình thức chảy máu: vd phải dùng E2 cầm máu nếu chảy máu nhiều, quá nhiều thì nạo NMTC chứ ít khi nào ngoại khoa cắt TC (thường phải kèm theo 1 yếu tố gì đó??)