APP 3:

Graphical user interface, text, application

Description automatically generated

Câu 1: đáp án A

Dịch âm đạo trước giờ không thây đổi

Ngoài tiết dịch âm đạo thì không có triệu chứng gì hết ( mùi, ngứa rát)

Lactobacilus vẫn ưu thế , pH tuy có thay đổi chút nhưng yếu tố đó không quan trọng ( Bạn Hoàng nói acid lactic quan trọng hơn là pH)

Dịch âm đạo mất tính acid thì chỉ là tạm thời hay sao?

* Thường trong âm đạo là chủng Lactobacilus
* Dịch âm đạo là tương tác chủng khuẩn hệ âm đạo và tb âm đạo (tb biểu mô: hấp thu và chuyển đổi estrogen ) mới tạo được pH âm đạo bình thường pH acid ( nhưng không phải pH không acid là bất thường mà tùy thuộc vào khuẩn hệ âm đạo)
* Dịch âm đạo của là bình thường đối với cô này ( tc từ trước tới giờ như vậy) => nhwung chuyện này lại làm mất quá trình chuyển sản gai sinh lí => tiết dịch âm đạo rất nhiêu, ty bình thường nhưng gây ảnh hưởng sinh hoạt hằng ngày của cô đó

Câu 2:

Nếu can thiệp phá hủy mô lộ tuyến thì sợ bị gì?

* Phá hủy lộ tuyến là: dùng dụng cụ phá hủy từ vùng ngoài vô trong ( không tới lỗ cổ tử cung) nên không lo biến chứng chít hẹp cổ tử cung
* Phá hủy mô dùng nhiệt hủy mô tuyến, sẽ gây tiết dịch nhiều ( 1 thời gian thôi) => sau đó thành mô xẹo chứ không thành tb chuyển sản lát non
* Phá hủy mình có thể lựa chọn được vị trí chứ không đưa điaạn cực vô mô tuyến bên trong kênh tử cung, không gây chít hẹp
* Tỉ lệ ung thư thấp hơn, và có tác nhân như HPV
* Quá trình phá hủy có tiềm năng nếu khi vết thương cô này không lành hoàn toàn thì mới có nguy cơ ( nhưng rất hiếm)

Có nên dùng acid boric : vì môi trường pH của cô này là sinh lí so với cô này, nếu cho acid vô thì nó có tác động tới môi trường âm đạo của cô này , có thể gây loạn khuẩn âm đao

Chốt lại: điều trị hay không thì tùy thuộc vào lựa chọn bệnh nhân. Nhưng mình để ý là mình đốt không biết được tới lớn nào, nếu lớp dưới thành mô chuyển sản tb gai thì sau này tầm soát ung thư cổ cử cung sẽ rất khó khăn ( vì lớp trên là sẹo rồi)

Graphical user interface, application, Word

Description automatically generatedGraphical user interface, text

Description automatically generated

Câu 1: đáp án A

* Theo ASCCP 2012: <21 tuổi, dù có quan hệ hay chưa thì cũng không có khuyến cáo tầm soát ở tuổi này, vì dù có nhiễn HPV thì khả năng thanh thải cao, và nếu tb học bất thường thì tỉ lệ thoái triển cũng cao

Câu 2: đáp án B

Ung thư cổ tử cung muốn diễn tiến phải có thời gian và nhiễm HPV tồn tại ngco cao => tích hợp bộ gen tb => biến đổi thành tb chuyển sản

Đối với trẻ tuổi thế này thì nguy cơ nhiễm HPV nguy cơ cao rồi nhiễm tồn tại kéo dài rất ít => k cần tầm soát

Nhưng cô này lỡ làm LSIL rồi, thì khả năng bỏ sót HSIL, ung thư tại chỗ là có nhưng rất hiếm.

Nếu bây giờ làm HPV ra dương, thì cũng không quản lí gì khác ở cô này, vì khả năng lớn sau đó sẽ tự thanh thải.

Câu 3: đáp án A

Đối với cô này, trẻ tuổi, có tiền căn quan hệ tình dục, tb học có Kolocyte => dự đoán nhiễm HPV rồi, tuy nhiên mình có thể tư vấn cho cô này tiêm ngừa, vì mình tiêm thì sẽ có tháng kể với nhwungx type cô này chưa nhiễm. và kháng thể mà nhận được từ tiêm ngừa bền vững hơn là tự nhiên nhiễm và thanh thải. Không cần làm xét nghiệm HPV trước.

Đã quan hệ tình dục thì ưu tiên loại vaccin nào hơn giữa nhị giá và tứ giá: đối với nhị giá và tứ giá đều được chứng minh hiệu quả trên 2 typ gây ưng thư là 16 và 18, hq bảo vệ CIN2 và CIN2. Tứ giá thêm type 6 và 11 nữa , kháng nguyên này là bảo vệ chuyên biệt. Vì cậy tứ giá vẫn có lợi hơn. Còn cửu giá có thì tốt hơn.

Graphical user interface, text, application

Description automatically generated

AGC : tổn thương tb tuyến không điển hình

ASC: tổn thương tb gai

Câu 1: đáp án A

3 kết quả này có thể giải thích cho nhau

* Tb tuyến không điển hình và HPV 18 có thể giải thích được (HPV 18 thường gây toornt hwuogn tế bào tuyến)
* Soi không thấy bất thường có thể do soi này chỉ quan sát được ở lỗ tử cung thôi và vùng chuyển tiếp, nếu tổn thương nằm sau bên trong mà mình không quan sát được tổn thương thì có thể do bỏ sót

Câu 2: đáp án D

Không bấm, chỉ bấm khi thấy biến đổi mô nhìn thấy mắt thần, ACW, lugol vì bấm mù không đem lại kết quả gì hết

Câu 3: đáp án C

ASCCP 2019 nói tổn thương tb tuyến thì nạo lên phần trên cổ tử cung luôn

ACG thì phải nạo kênh\_tuy nhiên cần quản lí mỗi bệnh nhân có 1 đặc thù riêng, quản lí cần cá thể hóa :

* Nếu chỉ chọn nạo kênh: thì cũng có lí vì tb nói là tb cổ trong cổ tử cung thì lúc đó mình nạo cổ trong cổ tử cung xem tb học có bất thường không,
* Tuy nhiên tb cổ trong này chưa loại trừ ác tính, mà nếu ác tính thì nó có thể lan lên chỗ trên cổ trong , lên sát nội mạc tử cung => lúc đó mình sẽ nạo từng phần lên trên sát tử cung luôn. Với lại cô này 42 tuổi thì cũng khoogn sợ chít hẹp gì cổ tử cung nữa
* Nếu không thì có thể nạo kênh tiếp, sau khi có kết quả rồi nếu bất thường thì mình cân nhắc nạo luôn nội mạc tử cung sau
* Chị bảo nạo luôn nội mạc tử cung cho tiện luôn

( ý là sợ K cổ tử cung lan lên trên tử cung, chứ không phải K cổ tử cung và K nội mạc tử cung nha)

Graphical user interface, text, application, email

Description automatically generated

Câu 1:

Hảo : LSIL kéo dài trên 2 năm thì mới dùng LEEP điều trị

Trên bn cần nạo kênh không?

Luân: có thể nạo kênh trong trường hợp này vân đúng, chỉ là trong trường hợp không thấy tổn thương thì mình nạo kênh là ưu tiên.

Chị :

* Nạo sinh thiết kênh tử cung là cần thiết hay không:
  + Đọc thêm ASCCP 2019 đồng thuận về soi cổ tử cung : ngta đưa ra tiêu chuẩn chuẩn mực để soi cổ tử cung là….
  + Nếu tc soi tử cung đã thỏa mãn và chỉ có 1 tổn thương như cô này mô tả thì nạo kênh ở cô này là không cần thiết
* Cô này được làm LEEP là hợp lí không
  + Nếu nói về tiến trình thì LEEP ở đây là k hợp lí vì: HPV dương tính, tb học ASCUS, mô học là CIN1 thì nguy cơ diễn tiến tới CIN3 trong 5 năm nữa cũng chỉ 2.% => theo dõi năm sau thôi
  + Tuy nhiên: kết cả soi không nói rõ là có thỏa mãn tiêu chuẩn soi hay không, cổ trong, vùng chuyển tiếp => nếu soi này đủ tiêu chuẩn thì LEEP không cần, còn soi không đủ tiêu chuẩn thì cũng chưa nói được gì.

Câu 2:

Thoe ASCCP 2019: đối với HSIL đã điều trị, theo dõi Cotessting mỗi 3 năm cho tới 25 năm sau

HSIL , sau khi LEEP xong, tổn thương nằm xa bờ : sau khi điều trị xong phải xác nhận kết quả sau điều trị âm tính 3 lần, rồi mới giám sát trong thời gian 25 năm

* Ban đầu giám sát sau 6 tháng: giám sát 1 lần : bằng cotesting
* Lần 2: Sau đó 1 năm bằng cotesting
* Lần 3: cách lần 2 là 1 năm.
* Khi nào âm 3 lần liên tiếp thì theo dõi mỗi 3 năm trong ít nhất 25 năm

( vì tổn thương HPV là tổn thương đa ổ, có vùng HSIL, LSIL, và có vùng chưa kịp tổn thương): dù đã LEEP thì các chỗ mô còn lại mình không biết nó diễn tiến theo chiều hướng thế nào nên mình cần giám sát gần sau khi điều trị

( giám sát ban đầu : theo dõi bằng HPV test hoặc cotest đều được\_tùy khả năng tái khámm thường xuyên của bệnh nhân)\_ còn giám sát lâu dài thì dùng cotesting chứ không được dùng mỗi HPV nữa

Trường hợp bờ phẫu thuật dương tính: ưu tiên nhất là khoét chóp lại để đánh giá vì HPV gây tổn thương đa ổ, mình sẽ không biết được sau cái bờ đó là tổn thương gì. Nếu là ung thư hoặc ung thư xâm lấn thì mình phải phẫu thuật.

* Tuy nhiên không phải ai cũng có thể khoét chóp được => lúc đó mình có thể theo dõi hoặc cắt tử cung đơn giản.

Dương tính bờ phẫu thuật: cách bờ phẫu tuật <5mm ( 5 là không tính )