CÂU 1: DỰ PHÒNG CẤP 1: TẦM SOÁT UNG THƯ CỔ TỬ CUNG

* PN cần tầm soát phụ khoa định kì 6 tháng 1 lần, BN 21-65 tuổi có QHTD phải được tư vấn tầma soát UT CTC.
* BN có tiền căn UT CTC, nhiễm HIV, bị ƯCMD ko nên tầm soát thường quy theo hướng dẫn => hệ MD yếu nên khả năng thanh thải HPV thấp, diễn tiến thành UT ko theo tiến trình bình thường mà có thể nhanh chóng => cần quản lí chuyên sâu hơn => thăm khám và xét nghiệm thường xuyên hơn
* Nếu tb học 3 lần liên tiếp mỗi 3 năm thì có thể dãn thời gian tầm soát không? => tự coi phác đồ tầm soát: theo diễn tiến tự nhiên bth, BN bị UT CTC diễn tiến chủ yếu là do ko dc tầm soát định kì => nếu tầm soát định kì liên tục cộng dồn thì nguy cơ giảm xuống
* Nếu PAPs có tb Koilocyte (tb có vầng hào quang xung quanh) thì có thể xác định HPV type cao ko?
* Tại sao LSIL ở 21-24 tuổi ko cần HPV test mà có thể cho đi soi CTC? Do 21-24 khả năng thanh thải HPV cao và khả năng LSIL thoái triển cao, tỉ lệ UT xâm lấn gần như bằng 0, CIN 3 rất thấp và 90% LSIL là do HPV => test HPV ko cần thiết khi BN có LSIL. ( dù trong vòng 2-3 năm đầu QHTD thì tỉ lệ mắc HPV rất cao 60-70%). Tương lai sản khoa còn dài nên thiên về theo dõi nhiều hơn
* Từ 25 tuổi, thì dù tỉ lệ nhiễm HPV thấp hơn nhưng tăng NC nhiễm HPV kéo dài, tăng NC tiến triển => test HPV
* ASCCP 2012 (quản lí chủ yếu dựa trên tb học) # 2019 (cá thể hoá dựa trên tiền sử-tb học-HPV, trong đó HPV testing là chủ yếu) => nhóm trung gian ko thay đổi, còn nhóm NC thấp thì 2019 quản lí nhẹ tay hơn, nhóm NC cao (tức thời và cộng dồn 5 năm) thì hành động tích cực hơn (điều trị ngay HSIL+HPV 16/18). Khuyến cáo này đến từ các số liệu thật của nước Mỹ => VN sử dụng thì cần hiệu chỉnh theo tình hình VN (xem phác đồ BYT 2019) (phối hợp cả 2012 và 2019)

CÂU 2: DỰ PHÒNG CẤP 2: XỬ TRÍ KẾT QUẢ BẤT THƯỜNG

LSIL:

* 1 BN PAPs ra LSIL mà soi CTC bấm sinh thiết vùng tổn thương ra CIN 1 => ưu tiên theo dõi, làm lại cotesting sau 1 năm
* Nạo kênh: Nếu soi CTC mà ko quan sát dc hết tổn thương/ko thấy rõ ranh giới lát tuyến/ko thấy hết được CTC => sợ sang thương CTC thì đa ổ và ko chỉ khu trú phía ngoài CTC nên nạo sẽ khảo sát được nhiều mô hơn để tránh bỏ sót.
* Nạo kênh nhằm tìm thêm , nếu coi CTC thấy tổn thương lan rộng vào trong kênh luôn mà ko thể thấy hết được qua soi. Soi CTC bôi ax acetic mà vết trắng lan vào trong kênh luôn.
* HPV 16 hay gây UT tb lát, còn HPV 18 hay gây UT tb tuyến
* HSIL, LSIL tồn tại lâu (coi nó có tiến triển đa ổ ko
* Có thai: hở eo CTC, chảy máu CTC, sảy thai
* Nếu LSIL + HPV nguy cơ cao rồi thì có nên làm thêm genotype xem nó là 16/18 không? Phải chuẩn hoá soi CTC, đúng đủ để không bỏ sót

HSIL:

* Bờ phẫu thuật vẫn còn dương tính sau khoét chóp thì xử trí gì?
* Cắt rộng=PT cắt tử cung tận gốc
* HSIL là CIN 2 hoặc CIN 3 hoặc ung thư tại chỗ => khoét chóp vừa là chẩn đoán vừa là điều trị.
* 2 định nghĩa dương tính bờ PT: ngay tại bờ => nên khoét thêm , còn 2mm bờ PT => nên cotesting sau 6 tháng hoặc khoét thêm.
* 3 lựa chọn: theo dõi, khoét chóp rộng ra, cắt tử cung

CHỊ SỬA:

* HSIL + HPV 16 => UT CTC tức thời cao 60% => khoét chóp => nếu bờ dương tính (0,5 bề rộng bề sâu bề cao) thì hoặc soi TC lại sau 4-6 tháng hoặc khoét chóp lại rộng hơn (vd lúc đầu khoét bằng LEEP thì giờ khoét lại bằng dao lạnh)
* HSIL + HPV âm tính => NC UT tức thời 25% => điều trị ngay/soi CTC
* UT CTC trên mức IB thì mới đến mức cắt rộng=cắt tử cung tận gốc

CÂU 3: DỰ PHÒNG CẤP 0 BẰNG VACCIN

* Nữ chưa QHTD: khuyến cáo 9-26 tuổi.

Khôi: Vì theo NC nhóm này có đáp ứng MD tốt hơn các nhóm khác, tiêm càng sớm càng tốt.

Hoàng: NC tại Mỹ, là do trên 26 tuổi đa số đã QHTD thì ngta ko tiêm nữa, chứ thực ra trên 26 tuổi mà chưa QHTD thì vẫn có thể tiêm

CHỊ SỬA:

* Vaccin nên tiêm càng sớm càng tốt trong độ tuổi chưa phơi nhiễm (chưa QHTD) thì khả năng MD cao, bảo vệ 90-100%. Còn đã QHTD thì hiệu quả nó sẽ giảm xuống (sau 26 tuổi thì tỉ lệ chưa QHTD thấp nên vaccin chỉ hiệu quả ~30-40% => tầm soát còn hiệu quả hơn) => nên đưa vaccin vào tiêm trong trường học cho bé gái, hi vọng thanh toán HPV.
* Tiêm trộn (vd mũi 1 tứ giá, mũi 2 cửu giá): có thể nhưng không nên, vì mỗi loại vaccin của mỗi hãng sẽ dùng các tá dược, thành tố khác nhau, nồng độ kháng thể sẽ thay đổi theo từng loại vaccin riêng. Nếu có chích trộn nên dùng cùng 1 nhà sx do có cơ chế sx giống nhau.
* Vaccin tứ giá có hiệu quả rất tốt, cửu giá vẫn còn đang NC.
* Nên ngưng vaccin khi đang mang thai vì chưa có dữ kiện an toàn của vaccin trên PN có thai, liên quan vấn đề y đức (ko thể chia 2 nhóm, 1 nhóm tiêm còn 1 nhóm ko tiêm), đặc biệt ở quý 1. Hơn nữa trong thai kì thì thường trì hoãn điều trị, ảnh hưởng tâm lí, hở eo, sảy thai…chỉ khi nào CIN3/ung thư thì mới tư vấn điều trị
* Nam: tiêm tứ giá/cửu giá, ngừa UT hầu họng thanh quản, hậu môn (do 16, 18 thì chủ yếu gây UT CTC thôi )