# SẢN PHỤ KHOA

## PHỤ SẢN

PHỤ KHOA: 210 phút = 21 câu

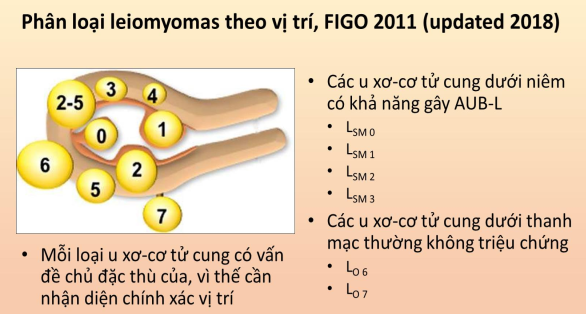
(HÔM NAY LÀ HỌC PHẦN PHỤ)

1. AUB

* Chu kỳ kinh nguyệt bình thường
* Thuật ngữ theo FIGO



* Chẩn đoán
  + AUB trong độ tuổi sinh sản
    - Liên quan đến thai: Trễ kinh, QS
    - Không liên quan đến thai: FIGO 2018 ~ PALM-COEIN
  + Xử trí
    - Cầm máu
    - Xử trí đặc hiệu theo nguyên nhân
    - Thiết lập lại chu kỳ kinh bình thường
* AUB TCN 1:
  + Trễ kinh + QS (+)
  + Siêu âm TVS => Định hướng chẩn đoán ban đầu
  + AUB chảy máu mà cấp cứu trong thai kỳ là:
    - Thai ngoài tử cung vỡ
    - Sẩy thai đang diễn tiến, chảy máu diễn tiến
* AUB nguyên nhân thực thể PALM
  + Polyp
    - Cường kinh rong kinh
  + Adenomyosis:
    - *Đáp ứng viêm-mất quân bình E-P*
    - Xuất huyết điểm và kéo dài dai dẳng: Rong huyết
    - Một số trường hợp vẫn gây cường kinh, rong kinh
  + Leiomyosis:
    - Nằm gần niêm mạc, to và gây biến dạng tử cung
    - Rong kinh và cường kinh: L0, L1, L2 (can thiệp ngoại khoa qua nội soi buồng là L0 L1 thôi 🡪 Quan điểm thi TN)



* + Ác tính và tăng sinh
* AUB nguyên nhân không thuộc về cáu trúc COEIN
  + C: Bệnh lý đông máu:
    - Hiếm gặp, hay gặp ởn, trong bệnh cảnh kinh nguyệt ra nhiều
  + O: RL phóng noãn: là nguyên nhân thường gặp nhất trong phân nhóm  
    Quan trọng nhất, quan tâm 3 đối tượng (dậy thì, PCOS, tiền mãn kịnh):
    - WHO I: do trục hạ đồi tuyến yên không hoạt động (Suy hạ đồi do VĐV hay stress; suy tuyến yên)
    - WHO II: PCOS – không rụng trứng được
    - WHO III: – Suy buồng trứng
  + E: Bất thường nguyên phát ở nội mạc tử cung
    - Thường là PN viêm teo NMTC, thường là lành tính
  + I: Thuốc là thuốc ngừa thai khẩn cấp, thuốc nội tiết
  + N:
* AUB tuổi dậy thì:
  + GĐ nhạy cảm
  + Thường do bất thường đỉnh LH làm không phóng noãn => AUB
  + Xử trí: Cầm máu đơn giản.
    - Bổ sung Progesterone
* AUB quanh mãn kinh
  + Mãn kinh sớm: chu kỳ kinh ngắn lại => có những chu kỳ chập lại => chu kỳ kinh ra nhiều hoặc có chu kỳ không ra kinh
  + Mãn kinh muộn: Vắng mặng LH => Xuất huyết giữ chu kỳ kinh.  
    không biết ra kinh như thế nào. E thấp xuống.  
    Thiếu E tương đối và thiếu P tuyệt đói
  + Giai đoạn này AUB và > 45 = có chỉ đinh nạo sinh thiệt.
  + Chỉ định nạo sinh thiết
    - AUB
      * PN sau mãn kinh
      * PN > 45 tuổi đến mãn kinh
      * PN trẻ hơn 45 tuổi: cơ địa tiếp xúc với E kéo dài mà không có đối kháng của P (béo phì, không phóng noãn mạn) hay thất bại với điều trị nội khoa
    - *Sau mãn kinh NMTC > 4mm => có thể nạo sinh thiết*  
      Quanh đó đánh giá NMTC với chu kỳ kinh
* Leiomyosis:
  + Bình thường không gây ra triệu chứng. Khi có triệu chứng thì điều trị
  + U xơ gây chèn ép => PT giải chèn ép
  + U xơ gây đau 🡪 thường là U xơ gây thoái hóa 🡪 Thuốc giảm đau tạm thời là NSAIDs và sẽ phải PHẪU THUẬT
  + Kết cục sản khoa xấu => hiếm muộn
  + Điều trị
    - *L0-L1 < 3cm => PT qua nội soi buồng*
    - L2-L3: Có chỉ định điều trị nội khoa thì điều trị
      * *COCs (Thận trọng với PN trên 40 tuổi vì nguy cơ huyết khối)*  
        LNG-IUS (Dễ bị tụt ra)
      * SPRM: Hiện tại là đã bị cấm
      * GnRHa, và GnRHanta: Hàng 2 => khi muốn chuẩn bị làm gì đó cho BN (Chuẩn bị kế hoạch thụ tinh nhân tạo)
* Adenomyosis
  + Phát triển theo mô cơ hay theo kiểu TB tuyến
  + Bệnh cảnh Hiến muộn, thống kinh, …
  + Xử trí
    - Đau: NSAIDs, COCS, LNG-IUS (mirena)
    - Hiếm muộn: Dựa vào nhu cầu và từng bước 1 thừng dùng GnRHa hoặc GnRHanta
    - Thống kinh
      * NSAIDs
      * COCs, Dienogests, LNG-IUS

1. KHỐI PHẦN PHỤ:

* IOTA ADNEX- muốn chính xác phải có cái CA-125
* Từ ORAD 3 trở lên là mời hội chẩn chuyên khoa và chỉ định MRI
* Abcess phần phụ: khối u phần phụ không tân lập
  + YTNC của AXPP:
    - Đặc điểm QHTD
    - Tuổi
    - Tiền căn viêm vùng chậu
    - Biện pháp tránh thai
    - Thủ thuật sản phụ khoa
  + Phải loại trừ viêm ruột thừa: Do VRT là điều trị ngoại
  + *Tiêu chuẩn chẩn đoán*: Sốt + Đau hạ vị + khám lắc tử cung đau, chạm phần phụ đau 🡪 Làm XN thêm tiêu chuẩn phụ: Bạch cầu, CRP, VS…
    - Tiêu chuẩn chính: Đau khi lắc CTC/Đau tử cung/Đau phần phụ
    - Tiêu chuẩn phụ: Sốt >38.3 (To miệng); khí hư từ âm đạo hoặc CTC; nhiều BC hiện diện trên soi phết dịch âm đạo; tốc độ lắng máu; tăng CRP; CÓ bằng chứng Nhiễm lậu hoặc Chlamydia
  + Tiêu chuẩn thất bại điều trị:
    - Sốt không giảm hoặc tăng
    - Đau vùng chậu không giảm hoặc tăng
    - Khố áp xe lớn hơn
    - BC máu không giảm hoặc tăng nhiều hơn
    - Có dấu hiệu nhiễm trùng huyết
  + Xử trí:
    - Tiêu chuẩn thất bại với điều trị kháng sinh
      * Sốt không giảm
      * Đau vùng chậu không giảm hoặc tăng
      * Khối áp xe lớn hơn
      * BC máu không giảm hoặc tăng lại
      * Có dấu hiệu nhiễm trùng huyết
    - Nhớ phác đồ - nhớ tên thôi chứ không cần nhớ liều!
      * **Cefoxitin 2g TM x4 + Doxycylin 100mg uống/TM mỗi 12h**
      * Có thể thay cefoxitin bằng cefotetan liều tương tự
      * Phác đồ thay thế: Amox-Sulbactam 3g x 4 TM + Doxycycline 100mg (u/TM) mỗi 12h
    - Theo dõi:
      * Dấu hiệu sinh tồn, tình trạng nhiễm trùng, mức độ đau bụng
      * Không khuyến cao khám âm đạo nhiều
      * Công thức máu và CRP
      * Siêu âm bụng được thực hiện mỗi 3 ngày và sẽ thưa hơn nếu tình trạng LS cải thiện
      * Sau 24-48h theo dõi nếu triệu chứng LS không cải thiện có thể đổi kháng sinh
    - **Thủ thuật dẫn lưu tối thiểu**:
      * Phá vỡ ổ abcess và dẫn lưu
      * Chỉ định phẫu thuật khẩn cấp
        + Nghi ngờ khối áp xe vỡ
        + Nhiễm trùng huyết kèm khối áp xe lớn
        + Ở những PN được điều trị PT, thuốc KS cũng được bắt đầu càng sớm càng tốt, trước hoặc trong quá trình can thiệp phẫu thuật khẩn cấp

1. TẦM SOÁT UNG THƯ VÚ

* Phát hiện thấy khối u dưới lâm sàng
* Các phương tiện dùng để tầm soát ung thư vú
  + Mô hình đánh giá rủi ro
  + Hình ảnh học
  + Đánh giá lâm sàng
  + TB học (FNA)
  + Tự nhận thức về vú
* Tự nhận thứ về vú không phải là phương tiện tầm soát tốt:
  + Để người PN biết mô vú bình thường là ntn để khi bất thường thì đi khám
  + Khám vú thường quy là khám cố định vào một thời điểm nhất định  
    KHÁC với tự nhận thức về vú là làm mỗi ngày
* Mô hình đánh giá rủi ro:
  + Mô hình Gail
  + Mô hình Clauss
  + *Sẽ đưa ra con số phần trăm hoặc con số nguy cơ => phân tầng nguy cơ: lấy con số*
* Vai trò của BRCA là sữa chữa gen
* Hình ảnh học:
  + Siêu âm không có giá trị tầm soát. Đặc biệt trên lâm sàng đã sờ thấy
  + Nhũ ảnh: dùng cho người có NC K vú bình quân 🡪 hình ảnh khối u, vôi hóa, biến dạng cấu trúc, cấu trúc không đối xứng, hạch to, co kéo da
  + MRI: Nguy cơ K vú cao => Hình ảnh bờ sang thương, khối u gây tái phân bố mạch máu, tân sinh mạch máu, hạch
* *Lịch tầm soát của mỗi hiệp hội là phải học thuộc lòng*???

Ảnh có chứa bàn

Mô tả được tạo tự động

Ảnh có chứa bàn

Mô tả được tạo tự động

* Cách lựa chọn phương tiện:
  + Nguy cơ: Bình quân là nhũ ảnh  
    Nguy cơ cao => MRI + Nhũ ảnh
  + Đau vú +
    - Không có khối u rõ, PN > 35 tuổi => Nhũ ảnh
    - *Khám thấy khối trên LS => Siêu âm*
    - KHối nghi ngờ ác tính nhiều => MRI/sinh thiết

CÁC VẤN ĐỀ THƯỜNG GẶP CỦA VÚ: LÀ ĐAU VÚ

* Đau vú có phải là dấu cảnh báo của ung thư hay không
* Đau vú có liên quan bệnh lý khác: Hepes, NMCT,… hay có liên quan đến vấn đề nội tiết
* Nhũ ảnh: PN > 35 tuổi + đau vú
* Siêu âm: Khối bất thường khi khám + đau vú khu trú không theo chu kỳ kinh nguyệt
* MRI/sinh thiết: khi nghi ngờ ác tính cao
* Điều trị
  + Chỉ có điều trị đau vú khi nó ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống và tìm ra nguyên nhân đúng đắn
    - Thay đổi lối sống: Size áo ngực thích hợp, lối sống lành mạnh, thư giãn, tập thể dục
    - Dùng nội tiết tố
      * Phải thận trọng: Progesterone, COCs, Tamoxifen, Danazol, Bromocriptin
    - Kháng viêm: NSAIDs, không dùng thuốc vitamin thảo dược. Hạn chế caffein methylxanthine

Câu hỏi:

* Trong bài có phân tầng nguy cơ theo các khuyến cáo khác nhau

1. TẦM SOÁT K CỔ TỬ CUNG

* Vùng chuyển tiếp TZ
  + Lộ tuyến là ảnh hưởng sinh lý bởi nội tiết hậu quả là di chuyển của TZ ra ngoài
  + Nang Naboth: ở dưới là TB tuyến (hình trụ) do sự di chuyển của TB TZ đi sát ra ngoài được bao bởi TB lát ở sát ngoài. TB tuyến 🡪 tiết dịch mà không thoát ra ngoài do TB che đi => Nang
  + Soi CTC thấy
    - TB lát là hồng nhạt, trắng trắng vì nhiều lớp TB
    - TB tuyến là hồng sậm
* HPV
  + tác động vào vùng chuyển tiếp
  + Không gây ra K CTC mà gắn vào TB => bất hoạt gen p53 (gene điều hòa sửa chữa) => TB tăng sinh
* Chấp nhận HPV đơn độc là tầm soát K CTC
  + TB học chỉ làm khi nơi không có điều kiện là HPV test
  + Cotesting cho KQ bình thường thì vẫn là 3 năm làm lại
  + Không còn ngưng làm ở 65 tuổi nữa và dựa vào kỳ vọng sống trên 25 năm
* CIN 1 => Theo dõi
* CIN 2 => Đưa vào bảng đánh giá nguy cơ:
  + > 60 %: Soi /can thiệp
  + 25-59%: Soi/ theo dõi
  + < 25%: Cân nhắc kiểm tra lại HPV
* **Ngưng tầm soát: theo khuyến cáo cũ**:
  + Trên 65 tuổi nếu không có tiền sử CIN 2, 3, AIS, hay UT CTC và Co-testing âm tính 2 lần liên tiếp trong 10 năm gần đây
  + PN đã cắt TC toàn phần và không có tiền sử CIN 2, CIN 3
  + ACOG 2012: PN cắt tử cung toàn phần và có tiền sử CIN 2 trở lên hoặc UT: tiếp tục TS UT CTC bằng XN TB học mỗi 3 năm trong 20 năm (chứng cứ B)

1. TIẾT DỊCH ÂM ĐẠO BẤT THƯỜNG

* BV
  + Tiết dịch âm đạo nặng mùi
  + Tiêu chuẩn chẩn đoán Amsel ¾ tiêu chuẩn
  + Điều trị
    - Chỉ dành cho người triệu chứng
    - 7 ngày  
      Metronidazole uống -> bôi

Clindamycin uống/bôi  
*KHông có thuốc đặt?*

* VCC:
  + Mảng bám trắng dai ở âm đạo
  + CDC phân chia làm không biến chứng và có biến chứng
    - Không biến chứng:
      * Imidazole mà Nystatin (Nystatine giờ kháng thuốc hơi nhiều)
    - Biến chứng:
      * Tái phát >=4 lần/năm: phải được chứng minh là candida albican
      * Triệu chứng mức độ nặng
      * Nghi ngờ không phải C.albican
      * Cơ địa đặc biệt
        + Điều trị ngoài kéo dài bằng Fluconazole mà còn điều trị các YTNC
    - Liều:   
      ***Metronidazol 500mg uống 2 lần/ngày trong 7 ngày***  
      Metronidazol gel 0.7% 5g 1 lần/ngày trong 5 ngày  
      Clindamycin cream 2% 5g 1 lần đặt âm đạo/ngày trong 7 ngày  
      Tinidazole 2g liều duy nhất  
      Clindamycin 300mg uống 2 lần /ngày x 7 ngày
* Viêm âm đạo do con T. vaginalis (Trái dâu tây)

1. BỆNH LÂY TRUYỀN QUA ĐƯỜNG TÌNH DỤC

* (Bài xem y hệt bài tóm tắt)
* Quan điểm điều trị Treponemal trong thai kỳ là có thể điều trị ngay nếu RST (+) (Chị Phước Hiền)??? 🡪 BYT VN 2019

1. TRÁNH THAI

* 4 Đặc tính cần xem xét
  + Tính an toàn
  + TÍnh hiệu quả
  + Tính kinh tế
  + Khả năng chấp

***Chọn theo thứ tự đã liệt kê đúng các bước***

Ảnh có chứa bàn

Mô tả được tạo tự động

* LASDS
  + Các loại
    - DMPA
      * Tiêm dưới da hoặc tiêm bắp sâu
      * Phụ thuộc vào mức độ hoạt động cơ
      * Thời gian tác dụng là 12 tuần
    - Que cấy dưới da
    - LNG-IUS
      * Cơ chế kép: Phản ứng viêm tại chỗ ngăn chặn làm tổ. và LNG tác dụng ức chế đỉnh LH không hoàn toàn (có khoảng 50% chu kỳ vẫn có rụng trứng)
    - Vòng âm đạo phóng thích chậm EE + P4 => cơ chế không khác gì COCs dù là dùng tại chỗ
  + Tác dụng rất cao: Implanon > LNG-IUS > DMPA
  + TDP: AUB
* Dụng cụ tử cung:
  + Cu-IUD: là phản ứng viêm mạnh hơn, Cu làm giảm sự di chuyển tinh trùng
  + IUD nội tiết thì nó thay đổi chất nhày và môi trường tại chỗ
  + Nguy cơ NT
* Tránh thai bằng rào chắn:
  + Hiệu quả rất hạn chế
  + BCS nam nữ và thuốc diệt tinh trùng
  + Dùng trong tiến trình giao hợp
  + CAT 1
  + Có nguy cơ thì phải dùng tránh thai khẩn cấp.
* Tránh thai khẩn cấp
  + Các PP
    - Công thức Yuzpe: 2 liều, mỗi liều 4 viên COCs 30mg EE
    - Postinor
    - Mifestad (SPRM)
    - Dụng cụ tử cung:
  + Mỗi viên chỉ có tác dụng cho 1 đêm giao hợp
  + Dụng cụ là dùng trước khi làm tổ - càng sớm càng tốt – có thể dùng làm biện pháp tránh thai thường trực
  + Thuốc nội tiết là phải dùng trước khi phóng noãn mới có tác dụng
* Tránh thai vĩnh viễn
  + Các PP
    - Thắt ống dẫn tinh
    - Thắt ống dẫn trứng
  + Dùng trên đối tượng muốn dừng hẳn việc mang thai
  + Phải cân nhắc và tư vấn kỹ vì tránh thai vĩnh viễn không phải là chỉ số PEARL là bằng 0
* Phá thai an toàn
* *Chú ý tránh thai trong tình huống sau mang thai*

NOTE:

* *GnRH anta 🡪 Ức chế chủ yếu là LH chứ không rõ ràng về FSH nên trên lâm sàng thực tế không được sử dung*
* GnRHa thì còn có sử dụng…
* **PAP test phải thỏa tiêu chuẩn < 50% tb viêm và có TB chuyển tiếp**
* HPV ở nhóm nhiễm HIV *không có sự khác biệt* => Chiến lược tập soát 2 cái đó là ĐỘC LẬP VỚI NHAU
* Khuyến cáo tầm soát vẫn theo về ASCCP 2019.
  + Là trên 65 ngưng tầm soát (Khác với khuyến cáo cũ là tầm soát tiếp tục thêm 25 năm cho đến khi tiên lượng sống không còn cao)
* *TB học ra HSIL 🡪 ngta soi và sinh thiết chứ không có nhào vô khoét chóp liền đâu  
  Giả sử: sinh thiết khối khoét chóp là AIS và bờ (+)  
  Hướng giải quyết*
  + *Nhu cầu giữ tử cung, nhu cầu có con!*
  + *Cắt tử cung + nạo hạch chậu*
* Trong quản lý STD thì điều trị cho bạn tình là điều trị bắt buộc
* Giang mai lúc mang thai thì lây cho truyền cho con
  + Lây truyền cho tất cả thời điểm nào trong thai kỳ
  + Tỷ lệ giang mai bẩm sinh càng ca trong giang mai nguyên phát,
  + GM trong thai kỳ + nơi tiếp cận y tế thấp => Là điều trị 1 liểu Peni   
    (giống giống cái Phác đồ BYT)
  + *CẬP NHẬT TBL Y17-CDC 2021*
    - *1 liều 2.4 tr đơn vị: GM nguyên phát, GM thứ phát, GM tiềm ẩn sớm đối vs BN KHÔNG MANG THAI*
    - *3 liều (cách mỗi tuần): GM tiềm ẩn muộn hoặc giang mai không rõ thời gian khởi phát*
    - *Penicilin G là điều trị duy nhất được chứng minh có hiệu quả ở PN mang thai và giang mai bẩm sinh 🡪 Nếu bị dị ứng vẫn sẽ giải mẫn cảm và điều trị peniciline*
    - *Điều trị thêm 1 liều Peni G sau liều đầu 1 tuần nếu: GM nguyên phát, GM thì II, GM tiềm ẩn sớm*
    - *Nếu đến lúc chuẩn bị tiêm liều 2 mà cách liều đầu > 9 ngày thì => LẶP LẠI ĐIỀU TRỊ ĐẦY ĐỦ*
* Một cặp vợ chồng bị HIV, muốn có thai thì không cần dự phòng cho con khi
  + ARV đúng và đủ
  + Tải lượng virus = 0
* Nguyên tắc điều trị VCC:
  + Fluconazole đường uống nên để dành điều trị cho VCC có biến chứng
* Điều trị BV không có ưu tiên dạng nào hết?
* Chlamydia nếu đã nhiễm và biến chứng tổn thương lên ống dẫn trứng thì khi đó ống dẫn trứng đã không còn hồi phục được nữa rồi
* Sau một cái XHTH bất thường sau dùng thuốc tránh thai => cần phải nghĩ đến vấn đề có thai không? => vấn đề tiếp theo là AUB có phải do thuốc không?
* Có săng GM thì làm soi nền đen luôn? nhưng sao vẫn có những tình huống
* ***Đánh giá khi soi CTC***
  + Acid acetic => đông đặc cái protid lại => TB nào càng tạo nha nhiều protid  
    Mà protid là nằm trong nhân/đặc biệt cái TB nào đa nhân thì sẽ nhiều protid hơn  
    => Tìm TB đa nhân hoặc nhân đang phân chia hoặc nhân lớn
  + Lugol: chấm vào cái Glycogen để chuyển màu của Glycogen = cái này nằm ở TB chất.  
    Nhân to sẽ làm TBC giảm lại => mất màu  
    Kết luận là bắt màu lugol hoặc không bắt màu lugol
  + ***VẬY BẤT THƯỜNG LÀ KHI NÀO:  
    -AQ (+)  
    -Lugol không bắt màu***
* TS K CTC
  + Thai phụ ra HSIL
  + ***HSIL không phải là chống chỉ định của soi hay bấm sinh thiết***
* Nang lạc buồng trứng vỡ  
  không có gây ra biến chứng => Theo dõi 4-5 ngày (tình trạng dịch ổ bụng) mà không mổ
  + Sinh hiệu ổn
  + Chỉ đau bụng âm ỉ và không có phản ứng phúc mạc
* ***AUB mãn kinh không cần nạo là***
  + Mãn kinh
  + NMTC < 4mm
  + AUB kiểu ra 1 giọt duy nhất
  + KHám mỏ vịt: thấy CTC teo, âm đạo mất nếp teo  
    => AUB do viêm teo NMTC
* AUB mãn kinh mà rỉ rả liên tục => thì phải sinh thiết
* *UXCTC có 2 chỉ định cần phải điều trị*
  + CTC
  + Dây chằng rộng
    - * + Lý do vì nó chèn niệu quản cao => tiến trình âm thầm làm suy thận cấp
        + Cần phẫu thuật BẤT KỂ KÍCH THƯỚC KHỐI U
* UXCTC SM2 hay SM3 không nhất thiết chảy máu. SM3 thường là đáp ứng rất tốt với điều trị nội
  + SM2 với SM3 là có thể điều trị thành công được đặt biệt đối tượng gần mãn kinh
  + SM2 với SM 3 nếu phải điều trị phẫu thuật thì tiếp cận là điều trị ngả bụng thôi. NS buồng không thể thấy thì thì không tiếp cận bằng ngã âm đạo vì không thấy.
* **Vậy chốt lại là LT SPRM vẫn dùng được (????)**
* **Thuốc không được dán label thì bỏ luôn (theo RAT)**
* **Trong điều kiện LT, trong điền kiện thực hành… (đọc kỹ đề??)**
* Mô hình Gail cho nguy cơ là 6.5%
* **Con số nguy cơ đang sử dụng là 20-25%**