Trần Minh Tiến, lớp Y12D, tổ 22.

**CÂU HỎI LÝ THUYẾT LÂM SÀNG CƠ BẢN**

**PHÒNG KHÁM PHỤ KHOA**

1. **Hỏi bệnh một trường hợp khí hư âm đạo**

* Hỏi về tính chất dịch tiết: thời gian xuất hiện, màu sắc, mùi, số lượng, tiền căn tiết dịch âm đạo giống đợt này.
* Triệu chứng đi kèm: ngứa, tiểu gắt buốt, tiểu lắt nhắt; hỏi về chu kì kinh nguyệt.
* Có liên quan đến chu kì kinh nguyệt?
* Có đang sử dụng thuốc gì hay không? (thuốc tránh thai, vi sinh…)
* Tiền căn quan hệ tình dục: nhiều bạn tình, không an toàn…
* Thói quen xấu: thụt rửa âm đạo,…

1. **Hỏi bệnh một trường hợp u xơ tử cung.**

* Lý do đến khám lần này? (ra huyết âm đạo/ ra huyết/ đau bụng/ tình cờ siêu âm phát hiện/ vô sinh hiếm muộn,…)
* Khai thác tính chất triệu chứng lần này
* Có liên quan đến chu kì kinh nguyệt ?
* Biện pháp tránh thai đang sử dụng ?
* Còn mong con ?
* Có đang sử dụng thuốc gì hay không ?
* Mong muốn điều trị nội khoa hay ngoại khoa ?
* Tiền căn nội, ngoại, sản, phụ khoa, PARA

1. **Hỏi bệnh một trường hợp u nang buồng trứng**

* Lý do đến khám ?
* Tính chất triệu chứng lần này: thời gian xuất hiện, diễn tiến.
* Triệu chứng đi kèm: sụt cân, suy kiệt
* Chu kì kinh nguyệt: đang ở tuổi dậy thì/ sinh sản/ tiền mãn kinh/ hậu mãn kinh; chu kì có đều? có thống kinh?
* Tiền căn nội, ngoại, sản, phụ khoa, PARA, còn mong con?
* Biện pháp tránh thai đang sử dụng ?
* Có đang dùng thuốc gì hay không?
* Tiền căn gia đình có ai mắc ung thư (vú, buồng trứng, đại tràng) ?

1. **Trình tự khám phụ khoa**

* Chuẩn bị dụng cụ, phòng khám và bệnh nhân
* Tư thế bệnh nhân: tư thế sản khoa
* Quan sát bên ngoài tìm sang thương, sự phân bố lông trên vệ, tuyến Bartholin
* Khám mỏ vịt: mô tả màu sắc niêm mạc âm đạo, mô tả vị trí, kích thước sang thương (nếu có); mô tả cổ tử cung (trơn láng? sang thương?)
* Tìm khí hư, lấy mẫu dịch âm đạo ở cùng đồ sau
* Làm Pap’s smear nếu cần theo lịch tầm soát
* Khám âm đạo bằng tay: khối trong âm đạo? mô tả CTC (đóng/mở, mật độ, hướng, lắc CTC đau?), mô tả tử cung (kích thước, tư thế), hai phần phụ.
* Thăm trực tràng nếu không khám được qua đường âm đạo

1. **Chẩn đoán và điều trị 3 tác nhân thường gặp gây viêm âm đạo**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Viêm âm đạo do nấm Candida sp | Nhiễm khuẩn âm đạo | Viêm âm đạo do Trichomonas vaginalis |
| Triệu chứng cơ năng | Ngứa (+++), bỏng rát, giao hợp đau, khí hư phô mai sữa. | Huyết trắng nhiều, hôi, không viêm | Huyết trắng vàng xanh, bọt, hôi, ngứa rát âm hộ |
| Triệu chứng thực thể | Âm đạo đỏ rực; khí hư vo cục, không mùi | Whiff test (++)  Khí hư mùi cá thối | Cổ tử cung chấm đỏ như quả dâu tây |
| Yếu tố thuận lợi | Đái tháo đường, béo phì, có thai, dùng kháng sinh phổ rộng, suy giảm miễn dịch, dùng corticoid | Có bạn tình mới, thói quen thụt rửa âm đạo, không dùng bao cao su | Nhiều bạn tình, quan hệ tình dục không an toàn |
| Soi tươi huyết trắng | Tế bào nấm men + sợi tơ nấm giả | pH > 4,5  Blue cell  Dịch âm đạo mùi cá thối trước/sau KOH test | Trùng roi di động |
| Điều trị | VCC không biến chứng: -imidazole / nystatin  VCC có biến chứng: cần xác định yếu tố nguy cơ | Điều trị yếu tố nguy cơ  Bổ sung Lactobacillus  Metronidazole / Clindamycin | Metronidazole 2g liều duy nhất / Tinidazole 2g liều duy nhất. |

**Version chi tiết:**

1. Viêm âm đạo do Trichomonas vaginalis

* Yếu tố nguy cơ: nhiều bạn tình, mắc các bệnh lây qua tình dục khác…
* TCCN: huyết trắng nhiều, ngứa rát âm hộ (±)
* TCTT: dịch tiết âm đạo màu vàng xanh loãng, có bọt, hôi.
* CLS:
* Soi tươi huyết trắng: thấy trùng roi di động trên lame
* Xét nghiệm miễn dịch: NAAT
* Điều trị:
* Dùng nitro-imidazoles đường uống
* Phác đồ khuyến cáo: Metronidazole 2 g uống liều duy nhất; hoặc Tinidazole 2 g uống liều duy nhất
* Phác đồ thay thế: Metronidazole 500mg uống 2 lần/ngày x 7 ngày
* Lưu ý: tránh uống rượu (trong vòng 24h khi uống metronidazole, 72h khi uống Tinidazole), tránh hoạt động tình dục trong thời gian điều trị.

1. Viêm âm đạo do vi khuẩn

* Yếu tố nguy cơ: mạnh nhất (có bạn tình mới, thói quen thụt rửa âm đạo, không dùng BCS), các yếu tố nguy cơ khác như: oral sex khi đang hành kinh, tuổi QHTD sớm, nhiều bạn tình, hút thuốc lá.
* TCCN: tiết dịch âm đạo nặng mùi, kích ứng nhẹ âm hộ (25%)
* TCTT: dịch âm đạo trắng xám, loãng, có mùi hoặc mùi cá thối
* Tiêu chuẩn Amsel chẩn đoán nhiễm khuẩn âm đạo, chẩn đoán nếu >= ¾ tiêu chuẩn sau:
* Tiết dịch âm đạo đồng chất, trắng xám, nặng mùi và không có biểu hiện viêm
* Hiện diện clue cells trên phiến đồ âm đạo
* pH dịch âm đạo > 4,5
* Dịch âm đạo mùi cá thối, trước hay sau test KOH
* Điều trị:
* Nên điều trị cho nhiễm khuẩn âm đạo có triệu chứng
* Bổ sung Lactobacillus: giảm tần suất tái phát BV sau điều trị
* Ở nhóm BN không triệu chứng, chỉ điều trị khi:

+ Phải thực hiện phẫu thuật phụ khoa, can thiệp qua đường âm đạo như cắt tử cung, đặt dụng cụ tử cung…

+ Có thai và thuộc nhóm nguy cơ cao sanh non

1. Viêm âm hộ - âm đạo do Candida sp (VVC)

* Yếu tố thuận lợi: mang thai, ĐTĐ, béo phì, SGMD, dùng thuốc ngừa thai nội tiết, corticoid, kháng sinh phổ rộng, mặc quần lót chật
* TCCN: ngứa âm hộ (than phiền chính), nóng rát, tiểu khó, giao hợp đau
* TCTT:
* Âm hộ đỏ rực, với các mảng trắng dày
* Khí hư dạng phô mai sữa, không mùi, đặc, dính, pH 4-5
* Soi dịch âm đạo và quan sát dưới KHV, xác nhận có VVC khi tìm thấy dưới KHV các bào tử nấm nảy chồi hoặc sợi tơ nấm giả.
* VVC được chia ra làm hai nhóm theo CDC 2010:
* VVC không biến chứng, khi thỏa đầy đủ các yếu tố sau: nhiễm đơn thuần hoặc thỉnh thoảng, triệu chứng nhẹ - trung bình, nghi ngờ nhiễm Candida albicans, phụ nữ không SGMD.
* VVC có biến chứng, khi rơi vào một trong các tình huống sau:

+ Tái phát >= 4 lần/năm

+ Triệu chứng mức độ nặng

+ Nghi ngờ hoặc có bằng chứng nhiễm nấm không phải Candida albicans

+ Phụ nữ có ĐTĐ, bệnh lý nội khoa nặng hoặc SGMD

* Điều trị VVC không biến chứng:
* -imidazole tổng hợp dạng cream hoặc viên đặt âm đạo
* Nystatin
* Phòng ngừa tái phát: Fluconazole uống mỗi tuần 1 lần trong 6 tháng
* Điều trị VVC có biến chứng:
* VVC tái phát nhiều lần, cần tìm yếu tố nguy cơ, nhất là ĐTĐ, SGMD…
* Cấy định danh loại Candida và làm kháng sinh đồ nấm
* Phòng ngừa tái phát: Fluconazole 150mg 1 viên mỗi tuần/6 tháng
* Nếu người ngẫu phối không có triệu chứng lâm sàng thì không có chỉ định điều trị cho người ngẫu phối

1. **Nêu hướng xử trí PAP bất thường theo ASCCP 2012**
2. Quản lí ASC-US

* BN có PAP là ASC-US nên được làm test HPV; điều này là cần thiết vì ASC-US vẫn có thể liên quan tới HPV và tăng sinh trong biểu mô cổ tử cung.
* Trong dân số chung, ưu tiên xét nghiệm thêm HPV:
* HPV (-) 🡪 co-testing sau 3 năm
* HPV (+) 🡪 soi CTC ngay hoặc PAP sau 1 năm

+ Soi CTC: ưu tiên nạo kênh CTC trong trường hợp không thấy tổn thương hay soi không quan sát hết được CTC.

+ PAP sau 1 năm: bình thường 🡪 PAP sau 3 năm; nếu từ ASC-US trở lên 🡪 soi CTC.

* Phụ nữ 21 đến <24 tuổi có ASC-US cần có quản lí riêng, vì ở độ tuổi này thì nguy cơ tiến triển thành ung thư xâm lấn (AIS) là 0% và tỉ lệ thanh thải HPV cao 🡪 PAP sau 1 năm / test HPV ngay:
* PAP sau 1 năm: bình thường 🡪 PAP sau 1 năm nữa: nếu bình thường thì quay về tầm soát thường quy, nếu bất thường thì soi CTC.
* PAP sau 1 năm: kết quả từ ASC-US trở lên 🡪 soi CTC
* HPV test: nếu + thì PAP sau 1 năm, 2 năm; nếu – thì quay về tầm soát thường quy.

1. Quản lí LSIL

\* Đối với dân số chung

* Các BN có LSIL cần được soi CTC và xử lý theo kết quả soi và sinh thiết CTC
* Làm co-testing, nếu HPV (-):
* Hướng ưu tiên: làm lại co-testing sau 1 năm 🡪 nếu PAP bình thường và HPV (-) 🡪 co-testing sau 3 năm; nếu PAP từ ASC-US trở lên hoặc HPV (+) 🡪 soi CTC
* Hướng chấp nhận được: soi CTC
* Làm co-testing, nếu HPV (+) hoặc nếu không làm HPV: soi CTC, ưu tiên nạo kênh CTC nếu không có thai và không phát hiện tổn thương hoặc nếu không quan sát được hết tổn thương; chấp nhận nạo kênh CTC nếu soi quan sát hết và thấy tổn thương.

\* Đối với dân số đặc biệt:

* LSIL/21-24 tuổi: PAP sau 1 năm, 2 năm (do cơ hội thoái triển cao)
* LSIL/<=20 tuổi: PAP sau 1 năm, 2 năm (do cơ hội thoái triển cao)
* LSIL/có thai: giống LSIL/không có thai, nhưng cần lưu ý: CCĐ nạo kênh CTC, có thể chấp nhận trì hoãn soi CTC cho đến hết 6 tuần hậu sản.
* LSIL/mãn kinh: có 3 hướng là soi CTC ngay/ HPV test/ PAP sau 6 tháng, 12 tháng.
* HPV (-)/soi CTC không có tổn thương CIN 🡪 PAP sau 12 tháng
* HPV (+)/PAP lại >= ASC-US 🡪 soi CTC
* PAP sau 6 tháng, 12 tháng (-) 🡪 quay về tầm soát thường quy

1. Quản lí HSIL

* HSIL bao gồm: CIN2, CIN3, AIS
* Xử trí HSIL:
* Soi CTC ngay, ở bất cứ độ tuổi nào
* Cắt vòng điện (LEEP) ngay, ngoại trừ BN đang mang thai / còn trẻ < 25 tuổi.
* Xử trí tùy theo kết quả giải phẫu bệnh:
* Nếu CIN1: 3 cách
* Co-testing lại sau 1 năm, 2 năm: chỉ trong trường hợp soi CTC đủ, nạo kênh âm tính.
* Lấy bỏ tổn thương với mục tiêu chẩn đoán, trừ phụ nữ mang thai hoặc ở tuổi 21-24.
* Xem lại kết quả PAP, GPB và dấu hiệu soi CTC
* Nếu CIN2, CIN3: khoét chóp 🡪 cắt tử cung đơn thuần/ cắt tử cung + cắt rộng chu cung + âm hộ + nạo hạch.

1. Quản lí AIS

* BN đủ con: ưu tiên cắt tử cung
* BN còn mong con, có điều kiện theo dõi nghiêm ngặt sau đó: điều trị bảo tồn tử cung: khoét chóp bằng dao lạnh được ưu tiên hơn LEEP vì có thể đánh giá tốt được bờ phẫu thuật.
* Nếu bờ phẫu thuật (+) hoặc nạo kênh (+) 🡪 cắt lại (ưu tiên) hoặc theo dõi sau 6 tháng (chấp nhận được)
* Nếu bờ phẫu thuật và nạo kênh (-) 🡪 theo dõi trong thời gian dài