

TỔNG QUAN ĐIỀU TRỊ CHẢY MÁU TỬ CUNG RL CHỨC NĂNG (DYSFUNCTIONAL UTERINE BLEEDING)

Nguyễn Bá Mỹ Nhi

GIỚI THIỆU

Người PN tự đánh giá lượng, tổng lượng máu kinh → không chính xác, thiếu khách quan

Chảy máu TC bất thường nên nghĩ đến khi:
→ có bất kỳ thay đổi nào so với kinh trước đây
→ chất lượng sống bị thay đổi
→ bất an, không thoải mái khi chảy máu TC

GIỚI THIỆU

Chảy máu TC bất thường (abnormal uterine bleeding) chiếm 1/3 lý do khám PK

Điều trị nội khoa chảy máu TC do RL chức năng (dysfunctional uterine bleeding):

- châm tiến trình đưa đến can thiệp ngoại khoa
- cơ may làm me nhờ bảo tồn TC
- phục hồi sức khỏe, nâng thể trạng trước PT

GIỚI THIỆU

Điều trị nội khoa :

- Chống tiêu sợi huyết (antifibrinolytics)
- Ức chế men cyclo-oxygenase hoặc thuốc kháng viêm non steroide (NSAIDs)
- Thuốc viên tránh thai kết hợp
- Progestins
- DCTC có progestin
- Danazol
- GnRH đồng vận

GIỚI THIỆU

Điều trị ngoại khoa:

- Nạo lòng TC
- Phá hủy NMTC :
 - cắt bỏ NMTC (endometrectomy)
 - đốt phá hủy bằng nhiệt, điện (thermacheoice, roller- ball...)
- Cắt TC

Bệnh nguyên

Thực thể:

- Bệnh hệ thống (von Willebrand, suy giáp, thận...)
- Tổn thương đường SD (UXTC, polype lòng TC...)

Thầy thuốc:

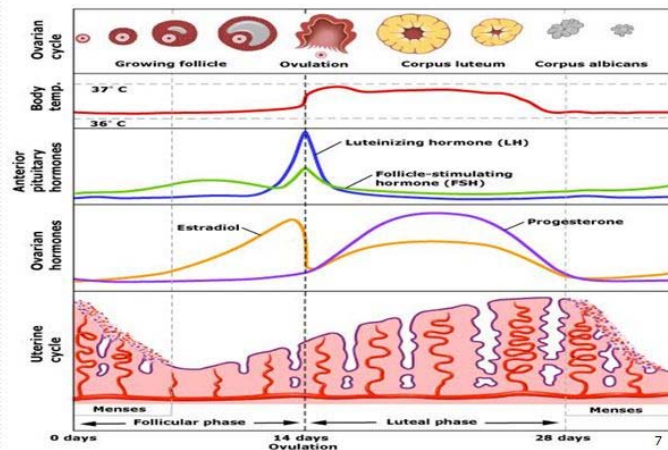
- Sử dụng nội tiết ngoại lai
- Thuốc tác động quá trình tự cầm máu
- DCTC tránh thai trợ hay có đồng

RL chức năng (dysfunctional uterine bleeding):

- Không liên quan 2 nhóm trên
- 90% do không rụng trứng (anovulatory)
- 10% có rụng trứng (ovulatory)

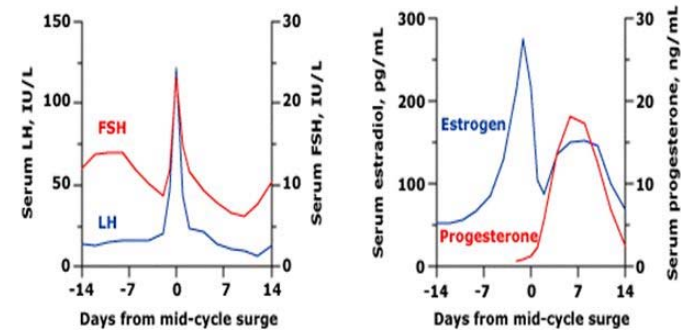
6

Chu kỳ kinh nguyệt



7

Chu kỳ kinh nguyệt



8

Chu kỳ kinh nguyệt

- CK kinh nguyệt: KQ hệ thống phức hợp các phản hồi giữa trục (HPO)- TC
- NMTC với 2 giai đoạn phát triển, chế tiết
- Nội tiết BT đột ngột giảm → tróc NMTC → hành kinh
- Cầm máu trong hành kinh:
*hình thành cục máu đông
co mạch
co thắt TC (vai trò prostaglandins tại chỗ)*

Thuật ngữ chảy máu TC bất thường

1. Chảy máu TC do RL chức năng (dysfunctional uterine bleeding): chảy máu từ NMTC nhiều, không liên quan đến tổn thương GPH, hay bệnh hệ thống

2. Rong kinh (menorrhagia): chảy máu nhiều > 80 ml hay chảy máu kéo dài > 7 ngày trong CK kinh

11

Chu kỳ kinh nguyệt

- Thay đổi từ 24 - 35 ngày
- Hành kinh từ 2 - 7 ngày
- Máu mất # 80 ml (TB 30 - 40 ml)/ hành kinh
- Kinh đều → hoạt động rụng trứng tốt
- Kinh không đều, CK thêm >10 ngày → không rụng trứng

10

Thuật ngữ chảy máu TC bất thường

3. Vô kinh (amenorrhea): không có kinh trong ít nhất 3 tháng

4. Kinh thưa (oligomenorrhea): CK > 35 ngày

5. Đa kinh (polymenorrhgia): CK < 24 ngày

6. Rong huyết và rong kinh - rong huyết (metrorrhagia – menometrorrhagia):

- RH : chảy máu TC với những khoảng cách bất thường
- RK - RH: chảy máu TC nhiều, với những khoảng cách bất thường

12

Thuật ngữ chảy máu TC bất thường

- 7. Chảy máu giữa các CKK (intermenstrual bleeding):** chảy máu giữa kỳ kinh hoặc giữa những thời điểm tuột giảm nội tiết do ngưng thuốc tránh thai, nội tiết thay thế
- 8. Chảy máu lốm đốm tiền kinh (premenstrual spotting):** chảy máu ít, trước hành kinh
- 9. Chảy máu sau giao hợp (postcoital bleeding):** xảy ra trong 24 giờ sau giao hợp

13

Chảy máu trong chu kỳ không có rụng trứng

Sinh lý bệnh: sự phát triển và tăng sinh NMTC
→ phù mô đệm
→ ức chế các tiểu động mạch xoắn
→ gia tăng việc dẫn nở các xoang TM

Hamou và cộng sự (1990):

- mạch máu thành mỏng, xoắn, dễ vỡ
- nằm nông trên mặt NMTC
- chảy máu bề mặt của NMTC tăng sinh

15

Chảy máu trong chu kỳ không có rụng trứng

- Phổ biến quanh dây thì và quanh mãn kinh
- Nguyên nhân: HC BT đa nang (PCOs), thay đổi trục HPO...
- Lâm sàng: chảy máu lượng nhiều, kéo dài, không đều, hoặc vô kinh, chảy máu lốm đốm cách khoảng
- Cơ chế chính xác chưa rõ
 - Không có đỉnh progesterone → CK không đều
 - Estrogen → ph triển, tăng sinh NMTC → chảy máu

14

Chảy máu trong chu kỳ có rụng trứng

Xảy ra ở trong giai đoạn giữa tuổi vị thành niên và quanh mãn kinh

Lâm sàng: rong kinh, chảy máu có tính chu kỳ

Mô học NMTC :

- giai đoạn phát triển
- giai đoạn chế tiết

16

Chảy máu trong chu kỳ có rụng trứng

Cơ chế chưa rõ, giả thuyết:

- **Bất thường về** khả năng cầm máu của NMTC, tổng hợp và giải phóng prostaglandins
- **Tuổi máu tại TC** → có dòng chảy cao hơn ở người dễ chảy máu chức năng; trong khi nội tiết BT bình thường
- **Thay đổi tỉ lệ** chất co mạch PGF 2 α và chất dẫn mạch PGE 2 tại NMTC, tăng prostaglandine NMTC toàn phần

17

Chảy máu trong chu kỳ có rụng trứng

- NMTC nhạy cảm với chất dẫn mạch hơn chất co mạch ở BN chảy máu có rụng trứng
 - Dẫn mạch kéo dài → hậu quả giảm kết tập TC tạo nút chặn chảy máu
- **nền tảng điều trị kháng viêm non steroide và acid nafenamic**
- **ức chế gắn kết PGE 2 vào các receptor đặc hiệu → giảm chảy máu**

18

MỘT SỐ LƯU Ý KHI CHẨN ĐOÁN

Loại trừ nguyên nhân thực thể, thầy thuốc, trước khi chẩn đoán chảy máu TC bất thường do RL chức năng

Các yếu tố cần làm rõ :

- Chảy máu từ đâu?
- Tuổi bệnh nhân?
- Có quan hệ tình dục không, đang có thai không?
- Chảy máu giống các lần kinh trước đây không?
- Có triệu chứng của rụng trứng không?

19

MỘT SỐ LƯU Ý KHI CHẨN ĐOÁN

- Tính chất chảy máu: số lần, kéo dài bao lâu, lượng mất, có sau quan hệ tình dục không?
- Có bệnh nội khoa nào kèm theo, sử dụng thuốc lạ không?
- Có thay đổi cân nặng, biếng ăn, mệt mỏi, stress?
- Tiền căn cá nhân và gia đình có ai bị chảy máu bất thường?

20

MỘT SỐ LƯU Ý KHI CHẨN ĐOÁN

Cận lâm sàng:

- Nội tiết: FSH, LH, E2, Progesterone, Testosterone / máu
- Siêu âm: bề dày NMTC, nang noãn, cấu trúc GP
- Pap's
- Sinh thiết NMTC
- Nội soi buồng TC
- XN chuyên biệt (bệnh máu, thận, tuyến giáp ...)

21

MỘT SỐ LƯU Ý KHI CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán CK không rụng trứng:

- Không định progesterone vào pha hoàng thể
- Không có noãn trội trên SA
- Không có giai đoạn chế tiết trên mẫu sinh thiết NMTC

22

ĐIỀU TRỊ NỘI TIẾT CHẢY MÁU TỬ CUNG DO RỐI LOẠN CHỨC NĂNG

Nhiều nội tiết được tối ưu hóa:

- Liều lượng
- Giảm tối đa tác dụng phụ

Nhờ đó:

- Giảm đáng kể can thiệp ngoại khoa
- Trì hoãn để chuẩn bị tốt trước PT
- Có thể bảo tồn được TC
- BN trẻ, muốn thêm con, chưa con ...

23

ĐIỀU TRỊ NỘI TIẾT CHẢY MÁU TỬ CUNG DO RỐI LOẠN CHỨC NĂNG

Kết thúc điều trị:

- Vẫn còn nhiều lo lắng cho BN, thầy thuốc
- Bệnh có thể tái diễn lại sau ngưng thuốc
- Quá trình điều trị dài ngày

Cần xem xét độ nặng nhẹ của bệnh, tác dụng phụ của thuốc → lựa chọn điều trị

24

Nội tiết lựa chọn

Progestin uống

- Progestin tổng hợp
- Progesterone tự nhiên (liều thấp)

Dụng cụ tử cung có nội tiết

- DCTC có chứa levonorgestrel
- DCTC có progesterone

Thuốc viên kết hợp estrogen - progesterone

- Ngừa thai uống
- Nội tiết thay thế

Nhóm khác

- Danazol
- GnRH đồng vận

25

Progestin

Sử dụng theo CK (pha hoàng thể)/ chảy máu chức năng do ***không rụng trứng***

Một số NC ủng hộ Norethindrone (norethisterone), uống 10 ngày pha hoàng thể → cải thiện 50%

Saarikoski, Hickey 2000 (các RCT / Cochrane)

- Progestin với bất kỳ đường sử dụng nào
- Đơn thuần hay kết hợp với estrogen

→ hiệu quả trong chảy máu TC chức năng không rụng trứng

Còn cần NC: thuốc nào hiệu quả nhất, liều lượng bao nhiêu, loại thuốc gì, đường sử dụng nào

27

Progestin

Cơ chế tác dụng:

- Ức chế phát triển, gây thoái hóa NMTC
- Làm tăng tỉ lệ PGF 2- α / PGE 2 nhờ kích thích tạo arachidonic acid tại NMTC

Tác dụng phụ: cương vú, tăng cân, nhức đầu...

Đường sử dụng: uống, tiêm, đặt DCTC

26

Progestin

Chảy máu TC chức năng ***có rụng trứng***

NC so sánh progestin pha HT với kháng tiêu sợi huyết, kháng viêm non steroide, DCTC có levonorgestrel, tránh thai kết hợp

- không hiệu quả khi uống progestin pha HT
- do mất cân bằng giữa prostaglandine, hay các yếu tố cầm máu, không phải do thiếu progestin

NC phân tích gộp 6 RCT / Cochrane: progestin pha HT ít hiệu quả hơn tranexamic acid, danazol, DCTC có levonorgestrel

28

Progestin

Progestin uống 21 ngày → hiệu quả so với DCTC Levonorgestrel (83 % so 94%), tác dụng phụ không đáng kể

Progestin chích (MPA medroxy progesterone acetate) → không thấy ghi nhận tiêu chuẩn đánh giá hiệu quả giảm chảy máu TC chức năng

Progestin tổng hợp được sử dụng cho BN chống CD đặt DCTC hoặc viên tránh thai kết hợp (khuyến cáo **A**)

Progesterone liên tục:

- Làm teo NMTC
- Ngừa tăng sinh NMTC
- Hiệu quả điều trị chảy máu TC có rụng trứng, nhưng chưa có NC nào tiến hành để đánh giá điều trị này

DCTC chứa progestin

DCTC có nội tiết:

- Tác dụng ngừa thai
- Thêm nội tiết → điều trị RL nội tiết
- Hiệu quả điều trị 71 - 96% chảy máu TC chức năng

Progestasert: giải phóng 65mcg progesterone/ngày

DCTC levonorgestrel: giải phóng 20mcg levonorgestrel / ngày

Ngoài ngừa thai còn giảm đáng kể lượng máu kinh

Progestin

Khuyến cáo:

CK không rụng trứng: một số NC RCT → uống pha HT có hiệu quả giảm chảy máu, nhưng chưa có quan điểm thống nhất lựa chọn thuốc nào, liều lượng ra sao

CK có rụng trứng:

- Progestin uống (norethisterone và MPA) pha HT → không hiệu quả giảm chảy máu
- Progestin uống 21 ngày liên tục (N 5 - 25) → có hiệu quả giảm chảy máu

→ Progestin được đề nghị khi BN có:

- chống chỉ định đặt DCTC
 - chống chỉ định uống thuốc viên tránh thai kết hợp
- (khuyến cáo **A**)

30

DCTC chứa progestin

Nhiều NC: hiệu quả điều trị của DCTC levonorgestrel cao hơn viên progestin (norethisterone) N5 - 25, và viên tranxenamic acid

Thời gian cần thiết gây vô kinh phải sau 3 tháng kể từ khi đưa vào cơ thể, đạt hiệu quả hoàn toàn sau 6 tháng

DCTC levonorgestrel:

- Tránh bị cắt TC 64% so với chỉ 14% ở các nhóm thuốc uống khác
- Giảm chảy máu 73% so với cắt bỏ NMTC 93% vô kinh
- Chi phí rẻ hơn điều trị nội khoa, hay PT
- Không lo lãng quên uống thuốc

Lựa chọn hàng đầu cho BN trẻ, muốn có con, chưa đủ con, từ chối can thiệp ngoại khoa

(khuyến cáo **A**)

32

DCTC chứa progestin

Khuyến cáo:

1. DCTC levonorgestrel: điều trị hữu hiệu RLKN, làm giảm 90% lượng máu mất do hành kinh
2. DCTC levonorgestrel ngừa thiếu máu do giảm chảy máu, tăng hấp thu hemoglobin
3. Điều trị hàng đầu cho BN trẻ muốn có con hay muốn thêm con, cũng như từ chối điều trị ngoại khoa

(khuyến cáo **A**)

33

Estrogen và thuốc viên kết hợp **Estrogen – Progesterone**

Liều pháp estrogen liều cao:

- Hữu ích điều trị chảy máu TC cấp
- Do estrogen kích thích NMTC phát triển nhanh phủ nơi bong tróc không đều
- Estrogen có nhiều tác dụng có lợi khác chưa được biết hết ?

Estrogen đường TM/ đường uống trong chảy máu cấp ở PN không có thai → 72% ngưng chảy máu so 38% giả dược

34

Estrogen và thuốc viên kết hợp **Estrogen – Progesterone**

E – P kết hợp như viên ngừa thai → hiệu quả tốt chảy máu chức năng

Lợi ích: ngừa thai, giảm đau bụng kinh, giảm chảy máu giữa kỳ

Bất lợi: uống mỗi ngày, tác dụng phụ toàn thân

Viên ngừa thai 21 ngày 35µg ethinylestradiol + 150 µg levonorgestrel → giảm chảy máu > 50% sau 2 CK

So với Danazol → hiệu quả thấp hơn, nhưng dung nạp tốt hơn, ít tác dụng phụ hơn

35

Estrogen và thuốc viên kết hợp **Estrogen – Progesterone**

Lựa chọn hàng đầu điều trị chảy máu TC:

- Tuổi vị thành niên (khuyến cáo **A**)
- Chưa có gia đình
- Khó khăn khi đặt DCTC
- Chống chỉ định đặt DCTC

Chống chỉ định:

- Hút thuốc lá nhiều
- Tiền căn bản thân/gia đình có huyết khối TM
- Bệnh nội khoa khác có CCĐ

36

Estrogen và thuốc viên kết hợp Estrogen – Progesterone

Khuyến cáo:

- Viên tránh thai kết hợp → giảm chảy máu kinh nhiều trong chảy máu TC chức năng do rụng trứng hay không rụng trứng
- Lựa chọn hàng đầu cho chảy máu TC tuổi vị thành niên (khuyến cáo **A**)

37

Steroide androgenique (Danazol)

Khuyến cáo :

- Danazol → giảm chảy máu kinh nhiều
- Nhiều tác dụng phụ → giới hạn sử dụng
- Có thể dùng thời gian ngắn hay không thường xuyên

39

Steroide androgenique (Danazol)

Danazol:

- Androgene tổng hợp, dx 17 α – ethinyl testosterone
- Tác động kháng estrogenic và androgenic → ức chế BT giảm sản xuất 17 β -estradiol
- Teo niêm mạc TC, giảm lượng máu kinh, vô kinh

Beaumont và công sự (Cochrane data base):

- Danazol điều trị chảy máu chức năng
- Cho cả do rụng trứng/ không rụng trứng
- Hiệu quả hơn giả dược, progestin, NSAIDs, viên tránh thai... → giảm chảy máu kinh nhiều

Bất lợi: tăng cân, da nhờn, mụn trứng cá, khàn giọng ...so sánh với **NSAIDs** (odds ratio [OR] 7.0; 95% confidence interval [CI] 1.7–28.2) và **progestins** (OR 4.05; 95% CI 1.6–10.2)

Gonadotropine – releasing hormone (GnRH)

Tác động :

- Ức chế trục HPO → ức chế tiết FSH, LH
- Ức chế BT tiết estrogen, progesterone
- Giảm lượng máu kinh đáng kể do vô kinh

Nhược điểm: thay đổi tâm sinh lý (mãn kinh giả), loãng xương

Điều trị tối đa 6 tháng, cần có add- back thêm

40

Gonadotropine – releasing hormone (GnRH)

Khuyến cáo:

- GnRH đồng vận → giảm chảy máu, gây vô kinh
- Nhược điểm:
 - * bị giới hạn thời gian điều trị
 - * thuốc đắt tiền
 - * nhiều tác dụng phụ đáng lưu ý

→ không được lựa chọn trong điều trị chảy máu TC do RL chức năng

41

Thuốc không thuộc nhóm nội tiết

Liều 2 – 4,5g/ ngày, 3 – 5 ngày khi chảy máu

Giảm chảy máu 50% các tr hợp sau 1 năm theo dõi

Hiệu quả cao đáng kể so với giả dược và uống progestin pha HT (Cochrane data base 2005)

Hiệu quả thấp hơn, giá thành điều trị cao hơn so với DCTC levonorgestrel → chỉ định Tranxenamic khi có chống CD đặt DCTC hoặc đang mong con (Cochrane data base 2005)

43

Thuốc không thuộc nhóm nội tiết

Gồm 2 nhóm:

- Tranxenamic acid
- Kháng viêm non steroide NSAIDs

Chỉ định hàng đầu khi có chống CD nội tiết và BN đang muốn có thai

Tranxenamic acid:

- Chất kháng tiêu sợi huyết (antifibrinolysis)
- Mục đích tạo các cục máu đông
- Không có nguy cơ gây huyết khối
- Tác dụng của thuốc không kéo dài suốt CK BT
- Không tác dụng trên thống kinh

42

Thuốc không thuộc nhóm nội tiết

Kháng viêm non steroide NSAIDs:

- Hiệu quả đối với RLKN
- Giảm đau do thống kinh
- Thận trọng nếu có bệnh lý đông máu

Nefenamic acid :

- Giảm chảy máu (26 – 29%)
- Hiệu quả thấp hơn DCTC Levonorgestrel, Danazol, Tranxenamic acid
- Không khác biệt so với viên tránh thai kết hợp, progestin pha HT
- Chi phí điều trị cao hơn DCTC levonorgestrel và tranxenamic acid

44

Thuốc không thuộc nhóm nội tiết

Khuyến cáo:

- Chỉ định cho BN chảy máu TC chức năng có chống CD đặt vòng, khó khăn khi đặt vòng
 - Đang muốn có thai
 - Có thống kinh
- (khuyến cáo C)

45

Thuốc không thuộc nhóm nội tiết

Khuyến cáo:

- Chỉ định cho BN chảy máu TC chức năng có chống CD đặt vòng, khó khăn khi đặt vòng
 - Đang muốn có thai
 - Có thống kinh
- (khuyến cáo C)

45

CÓ THỂ ĐIỀU TRỊ CHẢY MÁU TỬ CUNG DO RỐI LOẠN CHỨC NĂNG TỐT NHẤT?

Băng VS hoặc tampon sử dụng cho mỗi kỳ hành kinh < 21 miếng, thay mỗi 3 giờ/ lần → bình thường

Kích thước khối máu đông < 1 cm, không thức dậy giữa đêm để thay → bình thường

Lượng máu mất đủ gây thiếu máu → bất thường, đòi hỏi thêm các đánh giá khác

47

CÓ THỂ ĐIỀU TRỊ CHẢY MÁU TỬ CUNG DO RỐI LOẠN CHỨC NĂNG TỐT NHẤT?

Chảy máu trước dây thì, sau mãn kinh → nguyên nhân thực thể (chấn thương, dị vật, bệnh ác tính....) ?

Chảy máu gđ sinh sản → liên quan thai kỳ, tổn thương lành tính → điều trị bảo tồn

Chảy máu RL chức năng, liên quan có / không có rụng trứng

CK không rụng trứng > 90 % :

- không có hoàng thể → thiếu progesterone
 - NMTC không được chế tiết → bong tróc không đều
- CKK thay đổi dài ngắn, lượng máu kinh ít nhiều khác nhau

48

CÓ THỂ ĐIỀU TRỊ CHẢY MÁU TỬ CUNG DO RỐI LOẠN CHỨC NĂNG TỐT NHẤT?

Khuyến cáo điều trị đầu tiên (first line) là điều trị nội khoa theo thứ tự ưu tiên:

1. Lựa chọn đầu tiên: DCTC có levonorgestrel được chỉ định trong 6 tháng (khuyến cáo A), vì sự kết hợp hợp lý giữa tác dụng hữu hiệu, dung nạp tốt của thuốc và chi phí không cao
2. Lựa chọn thứ nhì: tranxenamic acid được chỉ định (khuyến cáo A), trừ khi chảy máu chức năng do không rụng trứng, và khi đó thì thuốc viên tránh thai kết hợp thích hợp hơn

49

CÓ THỂ ĐIỀU TRỊ CHẢY MÁU TỬ CUNG DO RỐI LOẠN CHỨC NĂNG TỐT NHẤT?

3. Lựa chọn thứ ba: thuốc viên tránh thai kết hợp (khuyến cáo B), progestin tổng hợp uống 21 ngày (khuyến cáo A) được đề nghị vì tác dụng hữu hiệu của thuốc và chi phí điều trị không cao
4. Lựa chọn thứ tư: nhóm kháng viêm non steroide (khuyến cáo A)

50

CÓ THỂ ĐIỀU TRỊ CHẢY MÁU TỬ CUNG DO RỐI LOẠN CHỨC NĂNG TỐT NHẤT?

GnRH, ethamsylate, progestin liều thấp, cấy trong da → không có bất kỳ khuyến cáo nào được đề nghị

Danazol vì tác dụng phụ nhiều → không có khuyến cáo điều trị nào với nhóm này

*Đối với bệnh nhân có chống chỉ định với điều trị nội tiết → tranxenamic acid và kháng viêm non steroide là giải pháp được lựa chọn (**khuyến cáo A**)*

*BN mong có thai → tranxenamic được chỉ định, BN có thông kinh nhiều → nhóm kháng viêm NSAIDs được chỉ định (**khuyến cáo A**)*

*BN thiếu máu thiếu sắt do chảy máu kéo dài → điều trị bổ sung sắt (**khuyến cáo A**)*

51

CÓ THỂ ĐIỀU TRỊ CHẢY MÁU TỬ CUNG DO RỐI LOẠN CHỨC NĂNG TỐT NHẤT?

Khi lựa chọn các điều trị nội khoa, ngoại trừ DCTC có levonorgestrel → các thuốc còn lại nên được điều trị trong 3 tháng

Nếu không có hiệu quả → chuyển qua điều trị thứ nhì, trước khi quyết định chuyển qua can thiệp ngoại khoa

(**khuyến cáo A**)

52

CÓ THỂ ĐIỀU TRỊ CHẢY MÁU TỬ CUNG DO RỐI LOẠN CHỨC NĂNG TỐT NHẤT?

BN đủ con hay không muốn thêm con, sau điều trị đầu tiên (first line) không thành công, thì

Chuyển sang điều trị thứ nhì (second line) → can thiệp ngoại khoa ít xâm lấn (NS buồng TC hủy NMTC)

Chuyển sang điều trị thứ ba (third line) → điều trị tận gốc cắt TC khi điều trị thứ nhì thất bại

53

Kết luận

Lựa chọn điều trị

1. First line: nội khoa
2. Second line: NS BTC hủy NMTC
3. Third line: PT cắt TC

Nội tiết, DCTC nội tiết, không phải nội tiết
→ ngày càng tối ưu hóa về liều lượng, giảm tối đa tác dụng phụ
→ tỏ ra hiệu quả đối với chảy máu TC chức năng

55

Kết luận

Chảy máu TC bất thường → 1/3 lý do đi khám PK

Bệnh sử, LS, CLS, thuật ngữ mô tả chảy máu:

- Khu trú nguyên nhân
- Hạn chế quyết định điều trị hoặc không đủ hoặc quá tay
- Tránh bỏ sót K, bệnh nội khoa gây chảy máu...

Nhiều chứng cứ y học:

- Hiệu quả điều trị nội tiết
- Chậm tiến trình đưa đến can thiệp PT
- Giúp bảo tồn được TC
- Cơ hội sinh con nếu chưa có hay chưa đủ

54

Kết luận

Quá trình điều trị có thể dài ngày vì có thể tái phát → tùy nặng nhẹ bệnh, tác dụng phụ → cân nhắc điều trị

Khuyến cáo từ các RCTs (Cochrane data base) theo thứ tự ưu tiên, thời gian điều trị cụ thể → hy vọng mang lại hiệu quả, cải thiện chất lượng sống, nhất là PN trẻ chưa con, muốn sinh thêm con

56

CHÂN THÀNH CÁM ƠN

