

Y HỌC SINH SẢN

HỘI NỘI TIẾT SINH SẢN VÀ VÔ SINH THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH • TẬP 49

Mãn kinh



Nhà xuất bản Tổng hợp
Thành phố Hồ Chí Minh

MỤC LỤC Y HỌC SINH SẢN TẬP 49

MÃN KINH

- 06 < Hệ thống thuật ngữ về vấn đề sức khỏe mãn kinh
Phạm Nguyễn Hoa Hạ, Hê Thanh Nhã Yến
- 11 < Sử dụng estrogen qua da trong liệu pháp nội tiết thời kỳ mãn kinh
Lê Quang Thanh
- 16 < Sự đồng thuận của ACOG về vai trò của siêu âm trong các trường hợp xuất huyết âm đạo sau mãn kinh
Phạm Thị Phương Anh
- 20 < Mãn kinh sớm
Nguyễn Thị Thủy
- 24 < Giảm ham muốn tình dục trong thời kỳ mãn kinh
Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh, Thân Trọng Thạch
- 29 < Vai trò tập cơ sàn chậu trong cải thiện chất lượng tình dục tuổi mãn kinh
Hê Thanh Nhã Yến
- 31 < Hội chứng niệu sinh dục (GSM)
Cách tiếp cận trên phụ nữ mãn kinh
Huỳnh Hoàng Mi
- 35 < Tiếp cận trầm cảm ở phụ nữ quanh mãn kinh
Võ Thị Thành, Hê Thanh Nhã Yến
- 38 < Ung thư vú ở tuổi mãn kinh – mối nguy cần quan tâm và chiến lược tầm soát cơ bản
Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh, Thân Trọng Thạch
- 42 < Phụ nữ mãn kinh xin noãn: những điều lưu ý
Lê Long Hồ
- 45 < Ung thư nội mạc tử cung: quan điểm về nạo hạch trong phẫu thuật
Lê Thị Thu Hà
- 49 < Progesterone và dọa sảy thai
Lê Thị Hà Xuyên, Lê Khắc Tiến
- 52 < Chẩn đoán và điều trị hội chứng kháng phospholipid
Trần Thị Minh Châu
- 56 < Bệnh lý tuyến giáp trong thai kỳ
Trần Việt Thắng
- 60 < Tiền sản giật nặng khởi phát sớm: khi nào tiếp tục duy trì thai kỳ?
Nguyễn Thanh Hưng, Võ Minh Tuấn
- 66 < Tương tác tim phổi trẻ sơ sinh sau sinh
Nguyễn Khôi
- 70 < Ứng dụng lâm sàng của kỹ thuật trưởng thành noãn trong ống nghiệm
Mai Đức Tiến
- 76 < Cải tiến liên tục thông qua các công cụ lean
Võ Thị Hà
- JOURNAL CLUB**
- 80 < Acid folic liều cao không dự phòng tiền sản giật
- 81 < Estradiol qua da và progesterone vi hạt trong phòng ngừa triệu chứng trầm cảm ở phụ nữ trong giai đoạn chuyển tiếp mãn kinh
- 82 < Bổ sung L-Carnitine cải thiện kết quả mang thai
- 83 < Hiệu quả của esomeprazole trong điều trị tiền sản giật khởi phát sớm: một thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng
- 84 < Tôm tắt hướng dẫn lâm sàng về xét nghiệm độ phân mảnh DNA tinh trùng trong vô sinh nam
- 87 < Xét nghiệm máu dự đoán sinh non và có thể tính chính xác tuổi thai
- 89 < TIN ĐÀO TẠO LIÊN TỤC HOSREM

MỜI VIẾT BÀI Y HỌC SINH SẢN

Chuyên đề tập 51
BIẾN CHỨNG HUYẾT KHỐI VÀ THUYỀN TẮC TRONG SẢN PHỤ KHOA
Tập 51 sẽ xuất bản vào tháng 9/2019.
Hạn gửi bài cho tập 51 là 20/5/2018.

Chuyên đề tập 52
LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG - BỆNH TUYẾN CƠ TỬ CUNG
Tập 52 sẽ xuất bản vào tháng 12/2019.
Hạn gửi bài cho tập 52 là 20/8/2019.

Tập sách sẽ ưu tiên đăng tải các bài viết thuộc chủ đề như đã nêu ra ở từng tập. Ngoài ra, các bài viết khác trong lĩnh vực sức khỏe sinh sản có nội dung hay, hấp dẫn và mang tính cập nhật thông tin - kiến thức cũng sẽ được lựa chọn. Quy cách: 2.000 – 3.000 từ, font Times New Roman/Arial, bảng biểu rõ ràng, hình ảnh rõ và chất lượng cao, phần tài liệu tham khảo chính ở cuối bài vui lòng chỉ chọn 5 – 7 tài liệu tham khảo chính (quan trọng hoặc được trích dẫn nhiều nhất). Journal Club là chuyên mục nhằm giới thiệu đến độc giả các bài báo, đề tài quan trọng xuất hiện trên y văn trong thời gian gần, mang tính cập nhật cao. Quy cách bài cho mục Journal Club: 500 – 1.000 từ, bảng biểu rõ ràng và đính kèm y văn gốc.

Để gửi bài duyệt đăng, vui lòng liên hệ: BS. Huỳnh Thị Tuyết (huynhthituyet@hosrem.vn), văn phòng HOSREM (hosrem@hosrem.vn).

Để gửi trang quảng cáo, vui lòng liên hệ: Anh Bá Đức (ngoduc@hosrem.vn, 0934.024.906).

Hội viên liên kết Bạch kim 2019



MERCK



Hội viên liên kết Vàng 2019



HỘI CHỨNG NIỆU SINH DỤC CÁCH TIẾP CẬN TRÊN PHỤ NỮ MÃN KINH

Huỳnh Hoàng Mi

Bệnh viện Mỹ Đức



Genitourinary syndrome of menopause (GSM), tạm dịch là hội chứng niệu sinh dục thời kỳ mãn kinh. GSM là một bệnh mãn tính, tiến triển theo thời gian, liên quan đến bệnh lý vùng âm hộ - âm đạo, tình dục, tiết niệu đặc trưng bởi một loạt các triệu chứng lâm sàng xảy ra thứ phát do suy giảm estrogen ngay sau khi mãn kinh^[1]. GSM chiếm phần lớn thời kỳ hậu mãn kinh (40 – 57%)^[2]. Dự báo vào năm 2030, dân số thế giới sẽ đạt 8,6 tỷ người; trong đó, phụ nữ chiếm hơn 17% dân số; hơn nữa phụ nữ lại có tuổi thọ cao hơn đàn ông, như vậy phụ nữ mãn kinh, đặc biệt có GSM nên được quan tâm nhiều hơn bởi các bác sĩ lâm sàng^[4].

GSM thường ít được chẩn đoán do phụ nữ e ngại hoặc thường xem GSM như một quy trình lão hóa tự nhiên. Nghiên cứu phân tích tổng hợp tại Anh cho thấy khoảng 25% phụ nữ có GSM đi đến bác sĩ tư vấn^[2]. Nghiên cứu khác cũng tại châu Âu cho thấy 33% phụ nữ e ngại không than phiền GSM và 54% phụ nữ tư vấn với bác sĩ về GSM chỉ khi họ được hỏi. Do đó, cần khai thác kỹ triệu chứng lâm sàng khi thăm khám phụ nữ mãn kinh, tránh bỏ sót thông tin, sẽ giúp việc đánh giá và quản lý GSM được nhanh chóng.

YẾU TỐ NGUY CƠ GSM

Theo nghiên cứu WHI, béo phì và đái tháo đường làm tăng cao tỷ lệ GSM. Trong nghiên cứu đoàn hệ tại Mỹ, phụ nữ (độ tuổi trung bình 64 tuổi với > 70% mãn kinh ít nhất 10 năm) có GSM đa

phần liên quan đến bệnh lý đái tháo đường. Phụ nữ suy buồng trứng do phẫu thuật, tự miễn, yếu tố di truyền, do tác động y khoa; vô kinh do suy giảm estrogen (sau sinh, vô kinh do suy giảm chức năng vùng hạ đồi tuyến yên, tăng tiết prolactin) cũng làm tăng nguy cơ GSM.

Điều trị ung thư vú làm tăng nguy cơ GSM như suy buồng trứng thứ phát sau hóa trị, xạ trị, liệu pháp thụ thể chọn lọc estrogen (thường dùng tamoxifen) và liệu pháp ức chế aromatase.

TIẾP CẬN LÂM SÀNG

GSM hầu như được chẩn đoán nhiều nhất khi bệnh nhân có biểu hiện tình trạng khô âm đạo và giao hợp đau. Cụ thể triệu chứng khô âm đạo chiếm 75% phụ nữ mãn kinh, giao hợp đau chiếm 38% và phần còn lại chiếm 15% bao gồm triệu chứng ngứa âm đạo, xuất huyết và đau.

Biểu hiện lâm sàng và các biến chứng GSM chủ yếu chia thành các triệu chứng sinh dục ngoài và đường niệu, kể cả tình dục đều có thể quan sát qua thăm khám lâm sàng (Bảng 1).

Có thể hữu ích khi chính bệnh nhân giữ 1 chiếc gương hoặc chụp 1 bức ảnh những thay đổi trên cơ thể họ trong suốt quá trình thăm khám, mục đích cho chính bệnh nhân thấy vấn đề của họ, tạo cho họ chủ động tham gia chăm sóc và giúp họ tự theo dõi trong suốt quá trình điều trị tốt hơn.

Đánh giá bộ phận sinh dục ngoài bao gồm phân lông trên xương mu thừa thớt hoặc không còn,

Bảng 1.

	Triệu chứng	Biến chứng
Sinh dục ngoài	<ul style="list-style-type: none"> Đau hoặc cảm giác nặng nề vùng âm đạo/vùng chậu. Dễ kích ứng/nóng rát. Niêm mạc mỏng, khô. Ngứa âm hộ. Giảm độ đàn hồi và sức bền. Phản trên khớp mu đầu. Dịch tiết khí hư dày trắng vàng. Bầm máu. Ban đỏ. Lông mu thưa thớt hoặc có màu xám. Biểu mô âm đạo mỏng hoặc nhợt nhạt. Niêm mạc âm đạo nhợt nhạt. Môi nhỏ thu hẹp. Thu hẹp môi lớn và môi nhỏ. Màng trắng trên niêm mạc âm đạo. Hiện diện sang thương dạng đốm xuất huyết. Nếp nhăn âm đạo ít hơn. 	<ul style="list-style-type: none"> Teo môi lớn, môi nhỏ. Teo/sang thương âm hộ. Teo các tuyến Bartholin. Co thắt bên trong âm đạo niệu đạo. pH kiềm (5 - 7). Giảm tiết dịch âm đạo và cổ tử cung. Sa tạng chậu. Sa thành trên âm đạo. Âm đạo hẹp và ngắn. Lỗ âm đạo hẹp.
Tiết niệu	<ul style="list-style-type: none"> Thường xuyên. Không tự chủ. Cảm giác buồn tiểu sau khi vừa đi tiểu xong. Tiểu đêm (≥ 2 lần) Stress/ không tự chủ/mất kiểm soát. Đau buốt. Tiểu máu. Nhiễm trùng tiểu tái phát. 	<ul style="list-style-type: none"> Thiếu máu vùng tam giác bàng quang (vùng giới hạn 2 lỗ niệu quản và lỗ niệu đạo). Hẹp đường tiểu. Sa bàng quang/trực tràng Sa niệu đạo. Teo niệu đạo. Co rút phần niệu đạo bên trong âm đạo. Sa tử cung. Polyp niệu đạo/mào niệu đạo.
Tình dục	<ul style="list-style-type: none"> Giảm ham muốn tình dục. Giảm kích thích. Thiếu chất bôi trơn. Quan hệ đau. Rối loạn cảm giác lên đỉnh/cực khoái. Đau vùng chậu. Chảy máu hoặc xuất huyết dạng chấm trong quá trình giao hợp. 	

2 bên môi nhỏ thu hẹp lại, dính với nhau. Trong nhiều trường hợp, 2 bên môi lớn cũng thu hẹp 1 phần, sát nhau phía trên hoặc phía dưới ngay đường ranh giới. Giảm độ đàn hồi và giảm sức căng vùng da âm hộ, mất vùng mỡ quanh âm hộ có thể làm cho môi lớn mỏng hơn hoặc thậm chí âm hộ có hình ảnh lòng thông, rủ xuống, do đó, giải phẫu môi nhỏ khó quan sát rõ và âm vật có hình ảnh lõm lõm. Trong quá trình thăm khám rãnh giữa môi lớn môi nhỏ và quanh vùng âm vật, bác sĩ lâm sàng phải chú ý vùng giảm sắc tố, vi mô, biểu mô phẳng. Giảm

độ ẩm, hẹp lỗ âm đạo; có thể xuất hiện nhiều mảng nhạt màu, sáng, mảng đỏ trên nền biểu mô âm đạo teo nhỏ. Nên kiểm tra các dấu hiệu vết loét hoặc sang thương. Dạng ban đỏ phụ thuộc estrogen, biểu hiện trên tuyến Bartholin (vị trí 4 – 8 giờ) còn gọi là tuyến vùng tiền đình lớn và tuyến Skene (vị trí 1 – 11 giờ) còn gọi là tuyến vùng tiền đình nhỏ, thường gợi ý thiếu nội tiết, quan hệ đau. Chẩn đoán phân biệt với GSM nên được đánh giá khi họ có tổn thương nhiễm trùng âm đạo, nhiễm trichomonas, nhiễm nấm, chất kích thích tiếp xúc, dị vật và chấn thương

do quan hệ. Chẩn đoán khác nên được cân nhắc bao gồm tân sinh biểu mô và tân sinh tiền ung thư bộ phận sinh dục bên trong và bên ngoài, nhiễm trùng từ sang thương khác trên cơ thể, hẹp âm đạo thứ phát do xạ trị, mảng cứng li-ken hóa, mảng phẳng li-ken hóa. Có thể dùng kính phóng đại (scopy) hoặc sinh thiết có thể cải thiện chất lượng thăm khám.

Trong quá trình đánh giá phần thịt niệu đạo, mào niệu đạo (là phần lành tính, sang thương phần niệu đạo) thường gặp nhất ở phụ nữ mãn kinh, nhìn thấy rõ và thường mô có màu đỏ. Sa niệu đạo, và/hoặc polyp niệu đạo có thể xảy ra, là dấu hiệu gợi ý GSM. Để củng cố chẩn đoán GSM, phụ nữ mãn kinh nên được thăm khám lâm sàng toàn diện theo hệ thống đường tiết niệu sinh dục (Bảng 2).

Độ rộng âm đạo < 2 ngón tay, chiều sâu âm đạo giảm, âm đạo khô nên được chẩn đoán trước khi đặt mỏ vịt vào thăm khám, nếu không thì sẽ gây đau, khó chịu cho bệnh nhân. Khi sử dụng mỏ vịt thăm khám âm đạo, có thể cần thiết sử dụng mỏ vịt cỡ nhỏ bởi vì khi chạm nhẹ cũng có thể gây đau và chảy máu do biểu mô âm đạo mỏng và hẹp. Nếu thăm khám bằng mỏ vịt không thể được, nên trì hoãn cho đến khi can thiệp nội tiết được đưa vào đủ thời gian để thay đổi độ rộng, sự mềm mại của âm đạo. Xoay mỏ vịt 90 độ cho phép thấy rõ thành trước và thành sau âm đạo nơi mà bệnh lý có thể bỏ sót.

Có thể có mối liên quan nhất định giữa các dấu

hiệu và biến chứng GSM như sa thành trước âm đạo với tiểu không tự chủ. Sau khi khám thành trong âm đạo/khung chậu xong, dùng tay thăm khám nên kiểm tra thành sau đánh giá cơ sàn chậu, đặc biệt ở phụ nữ có triệu chứng kích thích hoặc tắc nghẽn đường tiểu. Cơ nâng hậu môn nên được kiểm tra, sờ nắn xem sức trương cơ, độ mềm mại, độ đàn hồi, điểm đau cơ sàn chậu có hay không. Cơ sàn chậu yếu hay mạnh. Người khám nên đặt 1 đến 2 ngón tay sờ trên thành âm đạo, sờ nắn trong khi hướng dẫn bệnh nhân cố gắng lúc siết chặt và lúc thư giãn cơ. Trong trường hợp rối loạn chức năng sàn chậu, có thể bị gây ra hoặc làm nặng thêm tình trạng GSM nếu có thêm các yếu tố như thiếu nội tiết tố, chấn thương sinh dục lúc sinh, rối loạn cơ cơ nguyên phát.

CẬN LÂM SÀNG

pH âm đạo

Thường hữu ích trong test cận lâm sàng. pH vùng âm đạo khỏe thường từ 3,5 đến 5,0. Trong GSM, pH vùng âm đạo có thể lên đến mức 5,5 hoặc cao hơn.

Kiểm tra bằng soi dịch âm đạo dưới kính hiển vi: đánh giá phết tế bào dịch âm đạo qua kính hiển vi cho phép thấy rõ tình trạng khỏe mạnh biểu mô âm đạo. Phết tế bào phụ nữ có GSM cho thấy nhiều tế bào cận đáy xung quanh và thiếu tế bào bề mặt.

Bảng 2. Bảng tóm tắt thực hành sau khi đánh giá ngay lần thăm khám đầu tiên.

Test	Tìm thấy
Khám khung chậu với mỏ vịt và sờ nắn bằng 2 tay (tay trên ở bụng, tay còn lại khám âm đạo), có thể với thuốc tê tại chỗ; dụng cụ soi âm đạo	Mất nếp nhăn âm đạo
Khám trực tràng	Khối u trực tràng, sa trực tràng
Siêu âm ngả âm đạo, nội soi buồng tử cung	Nội mạc tử cung < 5 mm chỉ định không kích thích estrogen, khối u vùng chậu
pH âm đạo	pH triệu chứng: 5 - 7 (bình thường 3,5 - 4,5)
Phết dịch tế bào âm đạo	Tế bào cận đáy chiếm ưu thế và giảm tế bào bề mặt
Soi dịch âm đạo	Sự hiện diện của bạch cầu và giảm lactobacillus
MRI/CT scan (CT, computed tomography; MRI, magnetic resonance imaging)	Bất thường khung chậu và khối u phần phụ
Pap test	Teo nhỏ cổ tử cung và xơ chai bên trong cổ tử cung

Hơn nữa, hệ vi khuẩn lactobacillus thống trị vùng âm đạo được thay thế bởi tạp khuẩn gram âm và gram dương cocci. Nếu có một lượng lớn số lượng bạch cầu đa nhân hiện diện thì sẽ gây ra nhiễm trùng hoặc viêm nhiễm âm đạo kèm theo.

Kiểm tra nội tiết tố

Mức nội tiết nên được kiểm tra khi lâm sàng có chỉ định, cũng như khi nghi ngờ suy buồng trứng nguyên phát hoặc sẽ tìm ra nguyên nhân vô kinh như tăng prolactin máu hoặc suy tuyến yên.

Vậy, vấn đề quan trọng là phát hiện sớm; tìm ra các dấu hiệu, triệu chứng và biểu hiện GSM, tránh bỏ sót, cũng như vai trò quan trọng trong tư vấn để tránh rủi ro và biến chứng lâu dài có thể ảnh hưởng

ng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Quản lý GSM lý tưởng phải phù hợp với từng tiền căn y khoa trước đó của bệnh nhân, khả năng rủi ro và lợi ích của liệu pháp estrogen ngoại sinh trong tương lai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Portman DJ, Gass ML. Vulvovaginal Atrophy Terminology Consensus Conference Panel. Genitourinary syndrome of menopause: new terminology for vulvovaginal atrophy from the International Society for the Study of Women's Sexual Health and the North American Menopause Society. *Menopause* 2014; 21:1063-8.
2. Palacios S. Managing urogenital atrophy. *Maturitas* 2009;63:315-8.
3. DiBonaventura M, Luo X, Moffatt M, Bushmakina AG, Kumar M, Bobula J. The association between vulvovaginal atrophy symptoms and quality of life among postmenopausal women in the United States and Western Europe. *J Womens Health (Larchmt)* 2015; 24:713-22.
4. Keil K. Urogenital atrophy: diagnosis, sequelae, and management. *Curr Womens Health Rep* 2002;2:305-11.
5. Nappi RE, Kokot-Kierepa M. Vaginal health: insights, views and attitudes (VIVA)\ results from an international survey. *Climacteric* 2012;15:36-44.
6. James A. Simon, MD. The role of androgens in the treatment of genitourinary syndrome of menopause (GSM): International Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH) expert consensus panel review. Review article. *Menopause* 2018; Vol. 25. Gandhi. Genitourinary syndrome of menopause. *Am J Obstet.*



PreCongress Course Hội nghị Vô sinh và Hội nghị Kỹ thuật Hỗ trợ sinh sản

KHÓA TẬP HUẤN KIẾN THỨC CƠ BẢN TRONG HỖ TRỢ SINH SẢN LẦN XI

TPHCM, thứ Sáu 19/4/2019 và thứ Bảy 20/4/2019

Quý đồng nghiệp quan tâm hội nghị vui lòng đăng ký sớm
vì hội nghị sẽ ngưng nhận khi đủ số lượng đại biểu.

Vui lòng quét mã
để cập nhật chương trình mới nhất.

