

	BỆNH VIỆN TÂM TRÍ HỒNG NGỰ	
	BIÊN BẢN GIAO BAN CHUYÊN MÔN TẬP ĐOÀN TMMC	
	TUẦN 37	TỪ NGÀY 08/09/2025 ĐẾN NGÀY 14/09/2025
I – THÀNH PHẦN THAM DỰ: Chủ tọa: Bs CKII Nguyễn Thanh Nguyên Thành phần: Tất cả Bác sĩ trong hệ thống TMMC Thời gian: 14h00 đến 15h30 ngày 12/09/2025 Địa điểm: Phòng Giao ban (Tầng 4) - Bệnh viện Quốc tế Tâm Trí Hồng Ngự		
II – THẢO LUẬN CHUYÊN MÔN VỀ CÁC CA BỆNH TRONG TUẦN: 1/ TTHN trình bày về case lâm sàng với chẩn đoán: U xơ tử cung to gây đau/ THA mạn – ĐTĐ type II Họ và tên bệnh nhân: NGUYỄN THỊ THU N Giới tính: Nữ Năm sinh: 1988 (37 tuổi) ○ Lý do vào viện: Bí tiểu ○ Bệnh sử: KC: quên, NT: COCs. Bệnh nhân (BN) biết u xơ tử cung # 3 tháng, khám BV Từ Dũ, không rõ kích thước khối u, không điều trị. Sáng cùng ngày nhập viện, BN tiểu khó, tiểu lắt nhắt kèm đau âm ỉ hạ vị, đến tối cùng ngày BN không tiểu được, đau bụng nhiều hơn nên đến Trạm Y tế khám và đặt sonde tiểu, sau đó đến cấp cứu BVTTHN khám và nhập viện. Trong quá trình bệnh, bệnh nhân không ra huyết âm đạo bất thường, hành kinh bình thường, không rối loạn đại tiện, không sụt cân. ○ Tiền sử: PARA: 3003 (sinh thường), ĐTĐ type II + THA mạn khoảng 7 năm, không điều trị a/ Sinh hiệu (lúc nhập viện): Mạch: 90 l/p, T: 37 độ C, HA: 160/100 mmHg, NT: 20 l/ph, SpO2: 98% (khí trời) b/ Dấu hiệu lâm sàng (lúc nhập viện): - Bệnh tỉnh, tiếp xúc tốt. - Đau bụng hạ vị, nước tiểu qua sonde vàng trong - Bụng mềm, hạ vị có khối choáng chỗ đến ngang rốn, di động kém, ấn đau. - MV: âm đạo huyết trắng đục, CTC kéo cao, đóng láng. - TV: Khối choáng chỗ tiểu khung # thai 20 tuần. ○ Cận lâm sàng (lúc nhập viện): TPTTBM, Creatinin, AST, ALT, TQ, TCK, Fibrinogen, Đường huyết mao mạch, HbA1C, Glucose máu, TPTNT, Siêu âm ổ bụng, siêu âm phụ khoa, ECG ❖ Kết quả cận lâm sàng: - TPTTBM: WBC: 12k/μl, Neu: 73.2%, RBC: 5.2M/μl, Hb: 15.6g/dl, HCT: 45.5%, PLT: 275k/μl. - Glucose máu: 10.65 mmol/L - HbA1c: 9 % - SA phụ khoa: U xơ tử cung (FIGO 2-5), kích thước 94x81 mm		

- SA ổ bụng: Gan nhiễm mỡ, nhân xơ tử cung, thận ứ nước độ 1
- Các CLS khác: trong giới hạn bình thường.
- ❖ *Tóm tắt bệnh án:* Bệnh nhân nữ, 37 tuổi, vào viện vì bí tiểu. Qua quá trình điều trị ghi nhận:
 - Tại khoa cấp cứu: Thực hiện cận lâm sàng: Siêu âm ổ bụng phát hiện U xơ tử cung to. Bệnh nhân được chẩn đoán: Bí tiểu nghẽn do u xơ tử cung chèn ép/ THA + ĐTD type II => Giảm đau, đặt sode tiểu lưu, mời khoa Sản khám và tiếp tục điều trị
 - Tại khoa Sản:
 - + Chẩn đoán: U xơ tử cung FIGO 2 – 5 to gây đau/ ĐTD + THA mạn.
 - + Hướng điều trị:
 - Hội chẩn phẫu thuật
 - Kiểm soát đường huyết và huyết áp
 - Thực hiện các xét nghiệm tiền phẫu
 - Tại phòng mổ: Phẫu thuật mổ bụng bóc u xơ tử cung: Quan sát thấy khối tử cung và u xơ kích thước khoảng 200x180mm. Mặt mặt sau thân tử cung có 01 khối u xơ kích thước 120x100mm. Hai phần phụ bình thường. Tiến hành bóc lấy trọn khối u xơ tử cung, may phục hồi thành tử cung và cầm máu, máu mất khoảng 100ml. Hậu phẫu tạm ổn sau đó chuyển khoa Sản điều trị tiếp.
 - Tại khoa Sản: Bệnh nhân được điều trị kháng sinh, giảm đau, điều trị hỗ trợ, theo dõi tổng trạng, sinh hiệu. Hậu phẫu tạm ổn => Xuất viện cấp toa về và hẹn tái khám phòng khám sản và phòng khám nội.
- ❖ *Tóm tắt tiền sử:*
 - PARA: 3003 (ST)
 - U xơ tử cung # 3 tháng, khám BV Từ Dũ, không rõ kích thước khối u, không điều trị
 - ĐTD type II + THA mạn khoảng 7 năm, không điều trị.
- ❖ *Tóm tắt khám thực thể:*
 - Khám tổng quát: Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt, sinh hiệu ổn (M: 90 l/p, HA: 160/100 mmHg), chi ấm, niêm hồng
 - Khám hệ tuần hoàn: tim đều, mạch quay rõ
 - Khám hệ hô hấp: phổi không rale
 - Khám hệ tiêu hóa: Bụng mềm, hạ vị có khối choáng chỗ đến ngang rốn, di động kém, ấn đau.
 - Khám hệ vận động: không yếu liệt chi.
 - Khám phụ khoa: MV: âm đạo huyết trắng đục, CTC kéo cao, đóng lóng, TV: Khối choáng chỗ tiểu khung # thai 20 tuần.
 - Khám cơ quan khác: chưa ghi nhận bất thường
- ❖ Chẩn đoán cuối cùng: U xơ tử cung FIGO 2 – 5 to gây đau/ ĐTD + THA mạn.
- ❖ Đề xuất cận lâm sàng chứng cứ chẩn đoán và điều trị:
 - Đề xuất cận lâm sàng chứng cứ chẩn đoán thêm: Siêu âm phụ khoa.
 - Đề xuất điều trị: Phẫu thuật.

2/ Thảo luận:

Bs Thu:

- Chẩn đoán, xử trí ban đầu tại cấp cứu
- Chỉ định phẫu thuật xem xét có cắt tử cung toàn phần hoặc bán phần, phương pháp phẫu thuật
- Quản lý người bệnh sau phẫu thuật và các biện pháp phòng ngừa tái phát

TTCL:

- **Ý kiến 1 (BS Thủy):**
- Bí tiểu nghĩ do UXTC (u xơ tử cung) là hợp lý, trường hợp này có bệnh lý nền thì không có chỉ định phẫu thuật cấp cứu. Tùy theo điều kiện của bệnh nhân có thể chỉ định cắt tử cung toàn phần hay bán phần đều được
- Khó tầm soát ung thư cổ tử cung, và nếu không cắt tử cung thì nên tư vấn người bệnh các nguy cơ về ung thư CTC (cổ tử cung) nếu không thể tầm soát tế bào
- **Ý kiến 2:**
- Đây là u loại 2-5 trên phụ nữ đã có con, nhiều bệnh lý nền nên tư vấn người nhà phương pháp phẫu thuật cắt tử cung, không nên giữ

TTĐT:

- **Ý kiến 1 (BS Thanh):**
- Lý do vào viện là bí tiểu nhưng biến chứng của UXTC to lại là biến chứng đau, cần nhắc bí tiểu có phải là biến chứng hay không
- Phương pháp ngừa thai sau phẫu thuật
- Chưa thấy kết quả xét nghiệm nước tiểu
- Trước khi xuất viện xét nghiệm CRP còn cao, BS điều trị có kê toa thuốc về hay không và hẹn tái khám khi nào
- **Ý kiến 2 (Bs Cầu):**
- Nếu mổ chương trình thì nên đưa các chỉ số huyết áp, đường huyết về tương đối và thuốc huyết áp không nên dùng loại ức chế men chuyển.
- **Ý kiến 3:**
- Nếu BN mổ cấp cứu do u xơ to, có biến chứng thì kỹ thuật mổ nào để hạn chế gây chảy máu và biện pháp nào để phát hiện các biến chứng sau mổ sớm, xin ý kiến các bác

TTSG:

- **Ý kiến 1 (Bs Thảo):**
- Tuổi còn trẻ, bệnh nền THA (tăng huyết áp), ĐTĐ (đái tháo đường) chọn thời điểm phẫu thuật như trên là phù hợp vì phải kiểm soát được đường và huyết áp
- Tử cung bị tổn thương nhiều, nếu sau này muốn có thai sẽ khó khăn nên tư vấn trước cho người bệnh, tư vấn thêm triệt sản nếu người bệnh không có ý định sinh thêm con.
- Đồng ý việc sử dụng Cefazolin tuy nhiên cần xem xét lại việc dùng 1g/ngày có phù hợp theo phác đồ không
- **Ý kiến 2:**
- Sử dụng thêm garo thắt ĐMTC cho cuộc mổ
- Chưa đề cập đến tư vấn cho người bệnh việc bóc UXTC nếu khó khăn chuyển cắt tử cung toàn phần.

TTNT:

- **Ý kiến 1:**
- Trường hợp này ngoài siêu âm trước phẫu thuật còn biện pháp nào chẩn đoán nhân xơ tốt hơn?
- Nên làm thêm CT bụng hay MRI để khảo sát thêm các tổn thương xung quanh nếu có
- **Ý kiến 2:**
- Nên chụp thêm CT scan để xác định rõ nguyên nhân thận ứ nước độ I có phải là do UXTC to gây chèn ép hay không để loại trừ các bệnh lý ngoại tiết niệu
- BN vào viện vì bí tiểu thì xem xét đây có phải là nguyên nhân trực tiếp do UXTC không hay là nguyên nhân khác trên hệ tiết niệu và hội chẩn ngoại tiết niệu trước mổ
- Có nên đặt sonde JJ trước phẫu thuật không
- Nên bóc u xơ để bảo tồn tử cung hay tư vấn cắt tử cung, cân nhắc việc cắt cả CTC hay để lại nếu để lại CTC cần tư vấn tầm soát ung thư CTC cho BN
- **Ý kiến 3:**
- Bs nội khoa nên hỗ trợ sản khoa ổn định HA, đường huyết tích cực theo dự định phẫu thuật của sản khoa, không nên chờ đợi ổn định để kéo dài thời gian phẫu thuật.
- Nếu giải quyết được tắc nghẽn đường tiết niệu thì huyết áp sẽ được kiểm soát tốt

TTĐN:

- **Ý kiến 1:**
- Nên thực hiện thêm chụp CLVT hoặc MRI để chẩn đoán xác định
- Mời thêm các chuyên khoa liên quan hội chẩn
- **Ý kiến 2:**
- Nghi bí tiểu do UXTC, chưa thấy mô tả lượng nước tiểu
- Ghi nhận BN có ĐTĐ nhưng chưa thấy có chỉ số HbA1c để đánh giá
- Siêu âm mô tả chưa chi tiết về ranh giới khối u và nếu chưa xác định rõ ranh giới thì sẽ không an toàn cho cuộc phẫu thuật
- Xem xét việc rút ngắn thời gian trước mổ, kéo dài thời gian sau hậu phẫu ra, theo dõi và kiểm soát đường huyết, huyết áp sau đó
- Đánh giá tình trạng cổ tử cung xem xét tầm soát ung thư CTC trước phẫu thuật để tránh bỏ sót bệnh lý và tránh xảy ra cuộc mổ thứ 2

TTQN:

- Đánh giá tình trạng cổ tử cung xem xét tầm soát ung thư CTC để tránh bỏ sót bệnh lý và tránh xảy ra cuộc mổ thứ 2.

BV PTCU

- Người bệnh vào vì bí tiểu, nhưng chẩn đoán phẫu thuật lại chỉ đề cập đến biến chứng đau nên xem lại chẩn đoán trước mổ
- Cần tầm soát các bệnh lý nội tiết trước phẫu thuật

TTHN:**Bs Tiên:**

- Trường hợp này là phẫu thuật chương trình vì không phải tình trạng khẩn cấp để phẫu thuật cấp cứu
- Đã tư vấn kỹ lưỡng cho người bệnh hai hướng là bóc u xơ hoặc cắt tử cung và các yếu tố sau khi bóc tử cung như nguy cơ ung thư CTC trong tương lai, nguy cơ có thai sau PT,...

- Siêu âm chưa rõ nhưng phẫu thuật viên đã hội chẩn nhiều lần với BS chẩn đoán hình ảnh để xác định chắc chắn vị trí u, kích thước, mật độ, phân loại của u
- Tổng phân tích nước tiểu kết quả chỉ có ít hồng cầu -> khả năng ít nghĩ đến nhiễm trùng tiểu. Ngày hôm sau khi rút sonde tiểu bệnh nhân tiểu tiểu bình thường
- Kết quả CRP trước xuất viện cao, tuy nhiên bạch cầu, Neu không cao, lâm sàng không có triệu chứng bất thường nên việc cho bệnh nhân xuất viện và cấp toa thuốc 7 ngày, hẹn tái khám là phù hợp
- Kháng sinh sử dụng cho người bệnh là 3g/ ngày, trên báo cáo ghi chưa rõ ràng xin rút kinh nghiệm phần này
- Đặt sone JJ trước mổ cũng là giải pháp đối với những khối u to để định vị niệu quản tránh tổn thương niệu quản. Ca này u xơ không quá to nên quyết định không đặt sonde
- Trên bệnh nhân này có làm tầm soát ung thư CTC cho kết quả tế bào học bình thường.
- Rút kinh nghiệm thực hiện thêm chụp MRI hoặc CT-Scanner để chẩn đoán xác định cho chính xác các bệnh lý liên quan.

III - GCMO KẾT LUẬN VỀ TUÂN THỦ QUY CHẾ QUY TRÌNH

BS Nguyên:

- Ca phẫu thuật thành công, đáp ứng được nguyện vọng của người bệnh
- Nên làm thêm MRI hoặc CT-Scanner để xác định vấn đề do u xơ hay niệu quản để đảm bảo an toàn phẫu thuật
- Đặt sone JJ trên phẫu thuật UXTC: nếu mổ nội soi thì không cần thiết
- Qua ca này học hỏi được kỹ năng tiếp cận, chẩn đoán, điều trị UXTC.

THƯ KÝ

BS. Phạm Thị Bảo Quyên

Ngày 12 tháng 09 năm 2025
GIÁM ĐỐC CHUYÊN MÔN

Bs.CKI. Lâm Trần Thạch Hải Đăng Thu