***Phần 1* Trang 1**

Cuộc gọi đã kết thúc, Hằng thẫn thờ cầm mãi điện thoại trên tay. Bà chưa bình tĩnh lại được. Người ta mời bà đến bệnh viện để trao đổi về kết quả bất thường của phết tế bào tầm soát ung thư cổ tử cung mà bà đã thực hiện một tuần trước đó.

Hình ảnh đầu tiên vụt đến trong suy nghĩ của người phụ nữ 46 tuổi, 3 con, đứa nhỏ nhất chỉ vừa tròn 10 tuổi, là hình ảnh người mẹ đã mất. Mẹ bà đã mất vì ung thư cổ tử cung. “*Chẳng may, nếu …*” Hằng không muốn nghĩ thêm.

Rồi Hằng nhớ lại buổi khám phụ khoa một tuần trước đó. Một lần khám gây cho bà nhiều ấn tượng xấu hơn là sự hài lòng.

Là một người bận rộn, phải cố gắng lắm Hằng mới có thể dành ra được một ngày nghỉ để đi khám phụ khoa, vì tình trạng tiết dịch âm đạo bất thường.

Tính đến ngày khám thì Hằng đã bị tiết dịch âm đạo bất thường đã hơn 10 ngày. Không phải lần đầu bà bị tiết dịch âm đạo bất thường, nhưng lần này hoàn toàn không giống như các lần trước. Lần này, huyết trắng ra nhiều hơn, màu vàng và có lại mùi rất hôi.

Khám cho bà hôm đó là bác sĩ Quyên. Chính thái độ qua loa, sơ sài của Quyên đã gây ấn tượng xấu cho bà hơn là tuổi đời và tuổi nghề còn non trẻ của vị bác sĩ.

Sau vài câu hỏi qua quít về lí do đến khám và tình trạng sinh đẻ của bà, Quyên nói:

“*Tôi sẽ đặt mỏ vịt để khám huyết trắng và làm tầm soát ung thư cổ tử cung cho chị*”.

Trong khi đang được khám, Hằng nghe Quyên nói:

“*Chị bị viêm âm đạo, tôi sẽ cho thuốc uống và thuốc đặt*”

Không một giải thích gì thêm sau đó, ngoài các dòng chữ vô tri, lạnh lùng trong sổ khám.

*Khám:*

* *Âm hộ: bình thường*
* *Âm đạo: nhiều huyết trắng vàng đục, sệt, hôi*
* *Cổ tử cung: lộ tuyến rộng mép sau, có tăng sinh mạch máu*
* *Tử cung: bình thường*
* *Hai phần phụ: không sờ chạm*

*Chẩn đoán: viêm âm đạo*

*Xử trí: Thực hiện Pap’s test và thuốc đặt âm đạo đa giá.*

Thái độ bác sĩ này không đúng mực, quá thờ ơ vì BN VN đã nặng lắm rồi mới chịu vô BV nên BS cần quan tâm BN nhiều hơn, thông tin cho BN đầy đủ, thỏa mãn được chief complian của BN.

Viêm âm đạo: khi thấy có nhiều huyết trắng đục hôi thì đã nghĩ viêm AĐ rồi nhưng cần phải soi huyết trắng để chẩn đoán được tác nhân => cho thuốc chuyên biệt cho tác nhân đó (nấm => đặt, trichomonas => uống, BV => uống)

Thuốc đặt đa giá => liều lượng và đường dùng có thể sai biệt với từng tác nhân và gây kháng thuốc rất dữ, không được công nhận

Cấy không? Khi nào?: Chỉ khi điều trị thất bại (BN kháng thuốc hoặc tái phát nhiều lần), thường khi viêm âm đạo do nấm => cây để làm KSĐ để cho thuốc trúng đích

BN đang viêm âm đạo không nên thực hiện PAP test vì khi này các TB biểu mô CTC đã bị biến đổi tùy theo tác nhân gây viêm âm đạo nên kết quả sẽ sai lệch. Với hệ thống y tế nước ngoài thì đủ tieu chuẩn như mình học thì mới làm còn ở VN bệnh mới đi khám và hiếm khi quay lại nên PAP test đa số làm không đạt chuẩn

46 tuổi có 3 người con thì về nguyên tắc thì lộ tuyến rộng là rất bất thường, bất thường hơn nữa là có tăng sinh mạch máu dù chỉ quan sát bằng mắt thường. Đối với tình trạng này thì cần làm cotest

=> Hỏi về số lượng bạn tình, quan hệ có an toàn không và thói quen thụt rửa âm đạo, trước giờ có bị viêm âm đạo bao giờ chưa, tần suất bị, đã từng làm HPV chưa lần nhất bao lâu (để đánh giá ngta có quan tâm không và có đủ, đúng không)

Trong 3 chiến lược tiếp cận tầm soát ung thư CTC thì bộ môn vẫn thống nhất là 3 chương trình này tương đương nhau, không có chiến lược nào là tối ưu nhất.

***Phần 1* Trang 2**

Trở lại phòng khám phụ khoa.

Bác sĩ Hạnh gây nhiều thiện cảm cho Hằng ngay từ lần đầu tiếp xúc. Gương mặt phúc hậu, thái độ chăm chú lắng nghe và nụ cười ấm áp làm Hằng cảm thấy tin tưởng để bộc lộ suy nghĩ.

“*Chị có thường đi khám phụ khoa định kì và làm tầm soát ung thư cổ tử cung không?*” Hạnh hỏi Hằng.

“*Dạ có, bác sĩ ạ. Năm nào tôi cũng đi khám. Mẹ tôi đã mất vì ung thư cổ tử cung nên tôi rất sợ. Tuy nhiên, 3 năm nay tôi chưa đi khám lại vì bận rộn quá mức. Tôi cố sinh cho nhà chồng thằng cu nối dõi, rồi đến 2 đứa con gái đang tuổi ăn tuổi lớn. Khối việc nhà và việc cơ quan làm tôi không còn có thời gian để thở nữa. Chồng tôi làm xây dựng, đi công trình nên vắng nhà liên miên. Dân xây dựng mà ...*” Nói đến đây, Hằng dừng lại, nhìn Hạnh, hơi nghẹn ngào. Dường như bà muốn nói gì thêm…

“*Những lần trước, kết quả của chị có bình thường không?*” Hạnh hỏi tiếp.

“*Tôi chỉ thấy ghi là tế bào biến đổi do viêm. Tôi cũng có hỏi bác sĩ khám thì họ nói là bình thường*”. Hằng mạnh dạn trả lời.

“*Những lần khám trước, chị có được làm thêm xét nghiệm nào khác kèm theo không?*” Hạnh lại tiếp tục hỏi.

“*Dạ không bác sĩ ạ. Không có gì cả*”. Hằng trả lời, không giấu được vẻ bồn chồn vì câu hỏi bất ngờ này.

Một chút cẩn trọng, Hạnh nói với Hằng, chậm và rõ ràng:

“*Lần này kết quả của chị là ASC-H. Thật sự thì cũng chưa có gì là rõ ràng. Tôi sẽ thực hiện thêm cho chị khảo sát virus HPV*”.

Hằng ra về, trong đầu ngổn ngang suy nghĩ… “*Vì sao bác sĩ Hạnh hỏi nhiều thế, để rồi chẳng đả động gì đến điều trị?*”

Mẹ bị K CTC không phải là yếu tố nguy cơ của K CTC, K CTC ko có yếu tố di truyền, nên nó không có liên quan hay ảnh hưởng gì tới tầm soát => giải thích cho người ta rằng chuyện của mẹ cô bị và cô có bị không không liên quan gì với nhau

Hỏi về cái quan hệ tình dục vì cô này chỉ quan hệ 1 vợ 1 chồng nhưng chồng cô có vẻ quan hệ nhiều người nên đây mới là yếu tố nguy cơ nè. Tư vấn thì mình phải đánh giá xem BN có cởi mở không và phải hỏi trong phòng kín. Hỏi về cái tần suất khám cũng để đánh giá nguy cơ luôn

PAP bình thường tầm soát mỗi 3y, cotest bình thường tầm soát mõi 5y nhưng với điều kiện là PAP đạt chuẩn. Nhưng ở VN thưởng ko đạt chuẩn và BN có thể bị K luôn mà không trải qua giai đoạn thấp hơn nên rất dễ bị đổi thừa. Nên một số nơi người ta vẫn tầm soát mỗi 1y, ở các BV lớn thì đúng phát đồ vì ngta làm PAP đạt chuẩn và ngta tự tin với kết quả của mình.

ASC-US thì cần làm HPV để phân tầng, PAP lại sau 1y chỉ là acceptable. Nếu HPV dương thì soi, soi thì nạo kênh nếu ko quan sát hết được CTC/thương tổn, còn nếu thấy CTC trơn láng bình thường hết thì thôi => **ASCUS tái phát á thì soi thấy no lesion mình mới nạo kênh, chứ nữ trẻ mới ASCUS lần đầu mà soi ra trơn láng thì mình theo dõi tiếp**

LSIL hơn ASCUS ở chỗ nếu ko có HPV thì soi luôn chứ ko chờ sau 1y như ASCUS

ASC-H thì auto soi + nạo kênh luôn bất chấp kết quả HPV vì mình cần mô nạo kênh làm GPB để xử trí tiếp.

HSIL thì hơn cái ASC-H ở chỗ có option là có thể see and treat luôn

***Phần I* Trang 3**

Gặp lại Hằng lần này, bác sĩ Hạnh không giấu được vẻ mặt đăm chiêu. Cầm trên tay kết quả tế bào học cổ tử cung lần trước và kết quả khảo sát HPV, bà hết nhìn vào kết quả rồi lại nhìn Hằng. Bà đang cố lựa lời để nói…

*Khảo sát HPV*

HPV dương tính với type 16

“*Chị Hằng à, tôi nghĩ là với hai kết quả này, ASC-H và HPV (+), chúng tôi cần phải làm thêm soi cổ tử cung và thực hiện nạo kênh cổ tử cung cho chị…*”

“*Nạo à, thế có nghĩa là sao? Tôi sợ lắm, bác sĩ à*”. Hằng lo lắng, hỏi Hạnh

Hỏi thế, nhưng Hằng vẫn lặng lẽ cầm phiếu chỉ định, đến thẳng phòng soi.

…

*Soi cổ tử cung:*

*Âm hộ: bình thường*

*Âm đạo: khí hư trắng đục*

*Cổ tử cung: kích thước 3 cm*

* Biểu mô gai: hiện diện các nang Naboth
* Biểu mô trụ: bình thường
* Mô đệm: sung huyết
* Junction: lỗ ngoài
* Sau acid acetic: vết trắng ở vị trí 12 giờ, trắng toàn bộ mép sau lan gần cùng đồ sau
* Sau lugol: vết trắng không bắt màu lugol

*Kết luận: Vết trắng rộng cổ tử cung*

*Xử trí: Sinh thiết ở vị trí 6 giờ sát lỗ ngoài* (A)*, vị trí 6 giờ gần cùng đồ* (B)*, 12 giờ* (C)*, nạo kênh* (D)

Soi bất thường nên người ta sẽ sinh thiết 4 điểm như trên đề bài, thấy bao nhiêu tổn thương thì bấm bao nhiêu chỗ đó chứ không phải cố định bao nhiêu điểm, chứ không bấm mù.

46 tuổi đủ con rồi nên bấm sinh thiết nhiều chỗ cũng không ảnh hưởng chức năng sinh sản, chảy máu mình giải quyết được, nguyên tắc của GPB là sinh thiết là phải làm ở **ranh giới lành-bệnh**, thương tổn càng rộng thì phải bấm càng nhiều.

Trong thai kỳ thì nước ngoài chí nói ko nên nạo kênh nhưng ở VN thì sợ bị đổ thừa nên cũng ko dám bấm.

Tại sao soi bằng mắt thường đã thấy mạch máu tăng sinh rồi mà giờ không thấy, mỗi người làm khác nhau nên người này thấy người kia không thấy cũng là bình thường thôi. Kinh nghiệm càng nhiều soi càng chích xác.

Tại sao ko soi bằng ánh sáng xanh: Vì các bước này vậy là đủ rồi vì có mạch máu hay ko thì mình cũng bấm sinh thiết thôi và cái quyết dịnh là cái sang thương GPB nên có làm hay không cũng vậy thôi.

***Phần II* Trang 1**

Một tuần sau…

*Kết quả giải phẫu bệnh lí*

* (A): LSIL
* (B): biểu mô cổ tử cung lành tính
* (C): LSIL
* (D): niêm mạc kênh cổ tử cung lành tính

Cầm kết quả bấm sinh thiết và nạo kênh cổ tử cung của Hằng, bác sĩ Hạnh suy nghĩ rất lâu…

Nhìn thẳng vào Hằng, bà nói:

*“Chị Hằng à, những kết quả có được không có được sự nhất quán. Vì thế, cúng tôi sẽ hội chẩn tiến hành phẫu thuật cho chị”.*

Ba lựa chọn tương đồng nhau (đến thời điểm hiện tại, theo y học chứng cứ): lặp lại cotest sau 12m&24m (khi kết quả soi CTC đầy đủ VÀ kết quả nạo kênh âm tính) [càng trẻ, càng chưa đủ con thì mình càng thiên theo khuynh hướng này], can th lấy bỏ để chẩn đoán, đánh giá lại kq GPB (nhờ chuyên gia đọc lại kq)

=> Cô này chọn can thiệp lấy bỏ để chẩn đoán => khoét chóp bằng dao lạnh

Sở dĩ trước 24 tuổi người ta khuyến cáo không làm HPV vì khả năng thanh thải virus cao

***Phần II* Trang 2**

Phòng hội chẩn. Chủ trì buổi duyệt mổ là bác sĩ Hoa, một bác sĩ giàu kinh nghiệm.

“*Bệnh nhân 46 tuổi, PARA 3013. Pap’s test ASC-H, HPV (+) với type 16. Soi cổ tử cung có hình ảnh vết trắng, với kết quả bấm sinh thiết là LSIL. Em đề nghị khoét chóp*”. Hạnh trình bày trước hội chẩn.

“*Khoét chóp có phải là giải pháp phù hợp cho LSIL không? Vì sao không phải là LEEP?*” Hoa hỏi lại Hạnh.

*“Em không có đủ chứng cứ để kết luận là LSIL, chị Hoa à”*Hạnh đáp.

Bác sĩ Hoa suy nghĩ hồi lâu rồi ghi vào biên bản hội chẩn:

*Chẩn đoán: LSIL.*

*Hướng xử trí : Khoét chóp*

Phòng thủ thuật, Hằng lo lắng chờ tới lượt của mình, dù rằng đã được trấn an rằng thủ thuật rất nhanh và không đau, và có thể về nhà sau 30 phút… Bà thầm cầu xin rằng bà không phải chịu đựng những gì mà mẹ bà đã từng trải qua. Trước đó, bác sĩ Hạnh có nói với bà rằng khoét chóp là phương pháp tốt nhất cho bà, không những để chẩn đoán chính xác mà còn điều trị.

Lựa chọn cắt hay hủy?

\* Hủy mô bây giờ gần như ngta không làm nữa vì che lấp tổn thương và không đánh giá được mức độ thương tổn. Ngày xưa người ta thường dùng theo quan điểm see and treat

\* Cắt mô:

- LEEP là vòng điện ưu điểm là không cần gây mê, không cần nhập viện, ít chảy máu, ít tổn thương CTC (cũng là khuyết điểm lấy ko hết thương tổn, đặc biệt mô nạo kênh dương tính là bắt buộc phải khoét chóp chứ không LEEP) và ít gây sanh non hơn nếu có cũng ít sanh non trước 32w khác với khoét chóp gây sanh non dưới 32w nhiều hơn (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê)

- Khoét chóp lấy mô đầy đủ, có thể đánh giá được bờ phẫu thuật nhưng gây chảy máu nhiều hơn và không đốt điện cầm máu được

=> Trên BN này lựa chọn khoét chóp bằng dao lạnh

***Phần II* Trang 3**

2 tuần sau. Cầm kết quả trong tay, Hằng hoang mang đến cực độ…

*Đại thể: bệnh phẩm khoét chóp cổ tử cung kích thước 3 cm*

*Vi thể: có vùng dị sản cổ tử cung mức độ nặng (HSIL) và mức độ vừa (LSIL). Hiện diện tổn thương tân sinh ở bờ phẫu thuật.*

Gặp lại bác sĩ Hoa trưởng khoa, Hằng hỏi trong dòng nước mắt.

“*Sao lại như vậy hả bác sĩ? Có phải tôi đã bị ung thư không? Xin đừng giấu tôi! Bây giờ tôi phải làm gì?*”

Bác sĩ Hoa nhẹ giọng:

“*Không phải đâu chị Hằng ạ. HSIL tuy là biến đổi tế bào mức độ nặng nhưng chưa phải là ung thư*. *Tuy vậy, có lẽ chúng tôi cần điều trị triệt để cho chị. Tôi nghĩ rằng trường hợp của chị chúng tôi sẽ thực hiện cắt tử cung để dự phòng*”

Trong sản khoa bờ phẫu thuật âm tính là từ chỗ ác tính đến bờ PT >=5mm là tính là âm tính

Cắt tử cung: ảnh hưởng đến chất lượng QHTD, tăng nguy cơ sa sàn chậu, đại phẫu. Bờ PT dương tính nhưng mới CIN2,3 nhưng cũng chưa chắc phải AIS không, cắt TC xong không làm wertheim meigs nữa do mất ranh giới GPB rồi, xơ sẹo rồi. Tuy nhiên trên LS người ta hay làm cái này do lười theo dõi, khỏe cho bác sĩ nhưng mình không được làm vậy nhe Thư, tội nghiệp người ta lắm có người sang chấn tâm lý luôn á. CIN2,3 thì lựa chọn này là acceptable nhưng nếu AIS thì là prefer á do vẫn còn 1A. Còn nếu bờ dương với AIS luôn thì là 1B rồi thì dùng PT wertheim meigs luôn.

Khoét chóp: vì đã khoét chóp rồi, khoét chóp lần 2 không phải ai cũng làm được do sau khoét chóp lần đầu CTC đã sơ sẹo thu nhỏ lại rồi nên khó khăn lắm. Chưa kể đã khoét rộng rồi giờ khoét nữa thì có nguy cơ tai biến thủng bàng quang trực tràng và chảy máu dữ hơn => khoét chóp ko được prefer.

Làm TBH + nạo kênh lại sao 4-6m: prefer do thương tổn lành rồi mình nạo kênh lại lấy TB lại. Nếu ra y vậy thì mình cũng nghĩ có vẻ như vậy là tối đa rồi. Còn nếu cao hơn thì mình làm PT wertheim meigs cho người ta luôn. Prefer trên mọi đối tượng do có ưu điểm do K CTC là diễn tiến theo thời gian chứ ko có diễn tiến liền (hiếm lắm) => đánh giá toàn diện, kỹ hơn.