ĐỢT 1 CHUYÊN ĐỀ U XƠ TỬ CUNG – CÔ LAN

# Bệnh sử, tiền căn, khám

Lý do nhập viện: là 1 chẩn đoán; BN này là “u xơ tử cung to có lịch phẫu thuật”

Tiền căn: ghi thêm: “mong con 10 năm”

Bệnh sử:

* Câu đầu của bệnh sử luôn luôn là kinh chót. Cách ghi kinh chót: ngày nào/quên/ko xác định được (BN rong kinh rong huyết cả năm, chả biết ngày nào là kinh chót)/vô kinh, mãn kinh bao nhiêu lâu. Cách hỏi
  + Ngày đâu tiên của kỳ kinh cuối cùng, kỳ kinh áp chót
  + Chu kỳ kinh bình thường
  + Lần ra ra kinh gần nhất: có khác gì những lần trước, về lượng/thời gian, tính chất, triệu chứng đi kèm (đau bụng, sốt)
* Bệnh sử ghi: “trong quá trình bệnh, BN ko đau bụng, ko xuất huyết tử cung bất thường, tiêu tiểu bình thường”

Tính độ lớn tử cung

* Tuổi thai tính theo tuần: bằng bề cao tử cung + 4 (cm). bề cao tử cung tương đương khoảng cách lớn nhất giữa 2 tay khi khám âm đạo.
* Dựa theo siêu âm: coi vị trí khối u xơ; xem coi đường kính trước sau đã tính u xơ vào chưa, nếu chưa thì lấy dk trước sau + kích thước xơ + 4 ra tuổi thai theo tuần; nếu đã tính u xơ vào rồi thì lấy dk trước sau + 4. Cas này nghĩ # thai 20 tuần

Kích thước tử cung bình thường < 5cm

BN ợ hơi ợ chua, đau thượng vị: có thể do u xơ tử cung to chèn vào dạ dày 🡪 có biến chứng rồi

Adenomyosis: u lạc nội mạc tử cung trong cơ tử cung

U lạc nội mạc tử cung trong cơ tử cung: nghĩ đến vì tử cung to; ít nghĩ và ko có thống kinh. Tuy nhiên ko loại trừ, nên cần SA 2D (nếu vẫn ko được thì dùng doppler, MRI), CA125 (tăng trong lạc nội mạc tử cung)

# Điều trị

U xơ tử cung có 4 cách xử trí

Nội: khi có 2 biến chứng rong kinh và vô sinh. Ngoại khi biến chứng chèn ép, nghi ác tính

* Theo dõi: khi u xơ tử cung nhỏ (< thai 14 tuần) chưa biến chứng (rong kinh rong huyết, chèn ép, hóa ác)
* Nội khoa: khi có rong kinh, rong huyết; hoặc u kích thước # 12-14 tuần + BN mong con
  + Giảm kích thước khối u
    - U xơ phụ thuộc estrogen 🡪 dùng thuốc kháng estrogen (progestin), một đợt dùng liên tục 3 tháng rồi đánh giá lại
    - Dùng GnRH đồng vận loại tác dụng dài: gây tác dụng ngược lại lên tuyến yên, gây ko có FSH, LH: gây “mạn kinh do thuốc”: dùng khi khối u lớn, BN có tiền
      * Adenomyosis: dùng GnRH rất hiệu quả, gây giảm đau bụng kinh, giảm V khối u
  + Rong kinh rong huyết: xài progestin; hoặc COCs (khi nội mạc tử cung mỏng <7mm; do progestin chỉ tác dụng trên nền nội mạc được chuẩn bị bởi estrogen)
* Ngoại khoa: mổ bóc nhân xơ, cắt tử cung: khi u to > thai 14 tuần; đtrị nội thất bại; nghi ngờ ác tính (khối u mềm), có biến chứng chèn ép (niệu quản, bàng quang, trực tràng)
* Thuyên tắc mạch chọn lọc: khi có chỉ định ngoại khoa nhưng sức khỏe ko đủ để chịu đựng 1 cuộc mổ

Đtrị cas này: do u rất lớn rồi, mổ khó khăn, nên nói là “mổ cô gắng bóc nhân xơ, nếu ko được thì cắt hoàn toàn tử cung chừa 2 buồng trứng”

Cắt tử cung

* Bán phần: cắt ngay đoạn eo tử cung, chừa cổ tử cung. Thường dùng trong cấp cứu băng huyết sau sau, vì cắt toàn phần thì lâu hơn, có thể tổn thương niệu quản, ko phù hợp trong cấp cứu
* Toàn phần

U xơ lớn: dùng điều trị nội trước 3-6 tháng để u gom lại rồi mới mổ: hiện nay chưa có bằng chứng ủng hộ một cách rõ ràng; có thể u nhỏ lại, cũng có thể u lớn thêm. Nên tốt nhất đi mổ đi

BA khác

BN này 2 tháng ko có kinh, đợt này ra máu âm đạo lượng nhiều 7 ngày: ghi kinh chót: không có kinh 2 tháng, ngày 29/9/2016 ra máu âm đạo…

Ghi LDNV: u xơ tử cung to – băng huyết; không ghi “băng huyết do u xơ tử cung to”, vì như vậy chỉ cần giải quyết băng huyết bằng nạo sinh thiết thôi rồi cho về; còn nếu ghi u xơ tử cung to trước, chứng tỏ u xơ to là vấn đề chính, gây băng huyết, cần điều trị phẫu thuật