

Case report
Hội Chứng Fitz Hugh Curtis

BS Vũ Tuấn Anh
BV Bình An Kiên Giang



HÀNH CHÁNH



- Họ Tên BN: ĐTH. Nữ - SN: 1977
- Địa chỉ: An Giang
- Ngày Vào Viện: 7h41 Ngày 14/01/2026
- Lý Do Vào Viện: Đau hạ sườn (P)

BỆNH SỬ



- Bệnh khởi phát cách nhập viện 1 ngày với đau âm ỉ hạ sườn (P) ngày càng tăng, cảm giác khó thở, kèm chướng bụng, buồn nôn. Vào viện.

- Tiền căn: Thoát vị đĩa đệm cột sống lưng đã phẫu thuật bắt nẹp vis # 1 năm

Cách 1 tháng có đau lưng dưới, được kê thuốc giảm đau uống 2 tuần.

TÌNH TRẠNG NHẬP VIỆN

- Bệnh tình, bứt rứt
 - Tư thế nằm nghiêng, tay ôm hạ sườn (P)
 - Niêm hồng, chi ấm mạch rõ, không sốt
 - HA: 120/70 mmHg, M: 70 l/p
 - Bụng mềm, đau thượng vị + đè kháng hạ sườn (P)
- ❖ Xử trí:
- Dịch truyền NaCl 0.9%/500ml Truyền TM XXX g/p
 - Paracetamol 1g/100ml Truyền TM C g/p
 - PPIs, giảm co thắt

CHẨN ĐOÁN SƠ BỘ

Đau bụng cấp- TD Viêm túi mật cấp/
GERD - Dụng cụ cột sống L3-S1

Chẩn đoán phân biệt:

- Đau dây thần kinh liên sườn – Viêm loét dạ dày
- Hội chứng Chilaiditi
- Bệnh lý đường mật – Sỏi mật – Viêm đường mật cấp
- Viêm gan cấp – Áp xe gan
- Các thể không điển hình của sỏi niệu quản, viêm ruột thừa...

CÁC CLS ĐÃ LÀM



Mã KCB (F5)	2600011488	Họ và tên		Đối tượng	BHYT (Nội trú)
Tổng hợp	Xem theo ngày	Kết quả khác			
Từ ngày:	14/01/2026 00:00	14/01/2026 23:59	Xét nghiệm		Tìm kiếm...
Mã CS	Chỉ số	Giá trị BT	ĐVT	14/01/2026	
HÓA SINH [14]					
214	Định lượng Glucose [Máu] (1)	(4.10 - 5.60) mmol/L	mmol/L	5,18	
215	Định lượng Glucose [Máu]	(74 - 101) mg/dl	mg/dl	93	
152	Đo hoạt độ AST (GOT) [Máu] (1)	(<35.0) U/L	U/L	175,4	
151	Đo hoạt độ ALT (GPT) [Máu] (1)	(<35.0) U/L	U/L	238,4	
156	Định lượng Bilirubin toàn phần [Máu]	(0.30 - 1.10) mg/dl	mg/dl	1,24	
154	Định lượng Bilirubin trực tiếp [Máu]	(0.10 - 0.40) mg/dl	mg/dl	0,30	
146	Định lượng Ure máu [Máu]	(15-49) mg/dl	mg/dl	16,0	
188	Định lượng Creatinin [Máu] (1)	(0.51 - 0.95) mg/dL	mg/dL	0,49	
196	Điện giải đồ (Na, K, Cl)			*	
197	Na	(130.0 - 145.0) mmol/L	mmol/L	139,9	
198	K	(3.50 - 5.10) mmol/L	mmol/L	4,48	
199	Cl	(96.0 - 108.0) mmol/L	mmol/L	105,1	
186	Định lượng CRP hs (C-Reactive Protein ...)	(< 5.00) mg/L	mg/L	197,45	
255	Đo hoạt độ Lipase [Máu]	(13.0 - 67.0) U/L	U/L	8,3	
HUYẾT HỌC VÀ TRUYỀN MÁU [21]					
22	Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi (bả...			*	
23	WBC	(5.0 - 10.0)10 ⁹ /L	10 ⁹ /L	12,24	
24	%Neu	(40.0 - 74.0)%	%	76,4	
25	%Lym	(19.0 - 48.0)%	%	14,3	
26	%Mono	(3.0 - 9.0)%	%	8,0	
27	%Eos	(0.0 - 7.0)%	%	1,1	
28	%Baso	(0.0 - 1.50)%	%	0,1	
38	#Neu	(1.7 - 7.0)10 ⁹ /L	10 ⁹ /L	9,35	
39	#Lym	(1.0 - 4.0)10 ⁹ /L	10 ⁹ /L	1,75	
40	#Mono	(0.1 - 1.0)10 ⁹ /L	10 ⁹ /L	0,98	
41	#Eos	(0 - 0.5)10 ⁹ /L	10 ⁹ /L	0,14	
42	#Baso	(0 - 0.2)10 ⁹ /L	10 ⁹ /L	0,02	
29	RBC	(3.9 - 5.4)10 ¹² /L	10 ¹² /L	4,13	
30	Hb	(12.5 - 14.5)g/dL	g/dL	12,7	
31	Hct	(35.0 - 47.0)%	%	38,5	
32	MCV	(83.0 - 91.0)fL	fL	93,4	
33	MCH	(27.0 - 31.0)pg	pg	30,9	
34	MCHC	(32.0 - 35.6)g/dL	g/dL	33,0	
35	RDW	(11.0 - 15.7)%	%	12,7	
36	PLT	(150 - 400)10 ⁹ /L	10 ⁹ /L	406	
37	MPV	(6.30 - 10.10)fL	fL	7,6	



BỆNH VIỆN BÌNH AN MEDIC KIÊN GIANG
80-82 Nguyễn Trung Trực - Phường Rạch Giá - An Giang

Số bản in

Mã KCB: 2600011488 Họ tên:

Năm sinh: 1977 Phái: Nữ

Địa chỉ:

Ngày thực hiện: 14/01/2026

Lâm sàng:

Chẩn đoán: R10.0-Bụng cấp

Khoa/Phòng: PK Lưu-CCTH

Đối tượng: BHYT

Nơi làm việc:

KỸ THUẬT: Siêu âm ổ bụng

- + GAN: Cấu trúc đồng dạng, bờ đều, kích thước không to, không thấy tổn thương khu trú
- + TÚI MẬT- ĐƯỜNG MẬT: Túi mật không ghi nhận hình ảnh bệnh lý. Đường mật trong và ngoài gan không giãn, không sỏi.
- + TỤY: Cấu trúc đồng dạng, bờ đều, không to
- + LÁCH: Cấu trúc lách đồng dạng, bờ đều, không to
- + Ống tiêu hóa: có phản ứng mạc nối vùng hố chậu phải, hồng phải, hạn chế khảo sát ruột thừa.
- + THẬN (P): Đài bể thận không giãn, không sỏi, không thấy tổn thương khu trú
- + THẬN (T): Đài bể thận không giãn, không sỏi, không thấy tổn thương khu trú
- + BÀNG QUANG: Bàng quang không sỏi, không thấy tổn thương khu trú.
- + HẠCH VÀ CÁC MẠCH MÁU LỚN: Không ghi nhận hình ảnh bệnh lý.
- + DỊCH TỰ DO: Dịch tự do ổ bụng(-): ít dịch cùng hố chậu phải.
- + TỬ CUNG VÀ PHÂN PHỤ: Tử cung, buồng trứng không ghi nhận hình ảnh bệnh lý

Kết luận: CÓ PHẢN ỨNG MẠC NỐI VÙNG HỐ CHẬU PHẢI, HỒNG PHẢI.

DỊCH Ổ BỤNG LƯỢNG ÍT.

Đề nghị: kết hợp cận lâm sàng khác.



CÁC CLS (tt)



Mã KCB (F5) 2600011438 Họ và tên _____ Đối tượng BHYT (Nội trú - Cấp cứu) Ngày ĐK 14/01/2026 07:41
Tóm hợp Xem theo ngày Kết quả khác

Chụp cắt lớp vi tính bụng-tiêu khung thường quy (từ 64-128 dãy) [có tiêm thuốc cản quang] [Ngày CĐ:14/01/2026 08:55] [Ngày BD: 14/01/2026 10:24] [Ngày KT: 14/01/2026 10:25]

Mô tả:

Độc kết quả:

KỸ THUẬT:

Vùng bụng được khảo sát với các lát hình liên tục 2mm và 10mm không và có tiêm thuốc cản quang Omnipaque 300 mgI/ml liều lượng 70ml.

KẾT QUẢ:

Gan không to, bờ đều, nhu mô gan đồng nhất Không thấy thương tổn bất thường trong nhu mô gan. Tăng tưới máu ngoại vi gan thì động mạch

Đường mật trong và ngoài gan không dẫn

Lách tụy hình dạng kích thước bình thường.

Hai thận hình dạng kích thước bình thường, không sỏi cản quang không ứ nước.

Bàng quang bình thường.

Không thấy dây bất thường rõ rệt thành ống tiêu hóa.

Không thấy hạch lớn có ý nghĩa trong vùng khảo sát.

Ít dịch túi cùng và xóa mờ mô mỡ mạc nối và mạc treo vùng chậu

Kết luận:

VIÊM NHIỄM VÙNG CHẬU - VIÊM NGOẠI VI GAN NGHĨ FITZ HUGH CURTIS SYNDROME

Đề nghị:

LÂM SÀNG THEO DÕI THÊM.



CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

Hội chứng Fitz – Hugh – Curtis (FHCS)/ GERD - Dụng
cụ cột sống L3-S1

TỔNG QUAN

- FHCS là tình trạng viêm dính bao gan và phúc mạc quanh gan, không ảnh hưởng đến nhu mô gan.
- Là biến chứng hiếm gặp nhưng quan trọng của viêm vùng chậu (PID).
- Được mô tả lần đầu bởi Arthur H. Curtis (1930) và Thomas Fitz-Hugh Jr (1934).

❖ DỊCH TỄ:

- FHCS thường gặp ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản.
- Khoảng 4% - 14% [phụ nữ](#) mắc PID có biến chứng FHCS. Tỷ lệ này cao hơn ở thanh thiếu niên bị PID (#27%) – vì cơ quan sinh sản chưa trưởng thành nên dễ bị nhiễm trùng hơn. FHCS hiếm gặp ở nam giới.

NGUYÊN NHÂN



- Chủ yếu là nhiễm khuẩn *Chlamydia Trachomatis* hoặc *Neisseria gonorrhoeae*, cả hai đều là bệnh lây truyền qua đường tình dục (STDs).
- Một số tác nhân ít phổ biến hơn bao gồm *Trichomonas Vaginalis*, *Ureaplasma Urealyticum*, *Mycoplasma Hominis* và ở những vùng có bệnh lao sinh dục, *Mycobacterium Tuberculosis*.

CƠ CHẾ BỆNH SINH

- **Lây lan trực tiếp:** vi khuẩn từ vùng tiểu khung qua vòi trứng lên phúc mạc quanh gan.
- **Đường máu hoặc bạch huyết:** vi khuẩn di chuyển theo hệ tuần hoàn.
- **Đáp ứng miễn dịch quá mức:** phản ứng mạnh với *Chlamydia Trachomatis*.

TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG



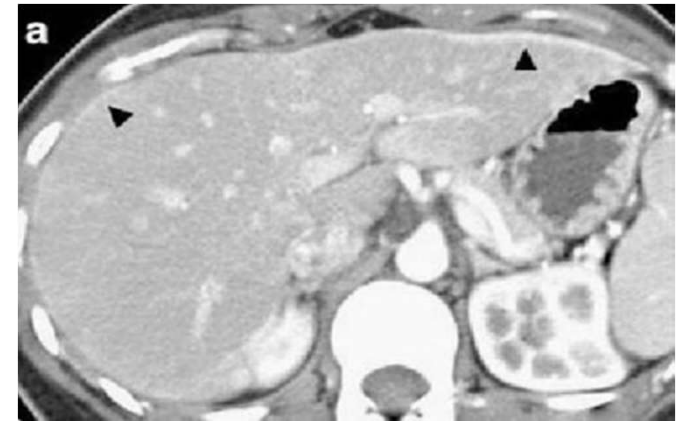
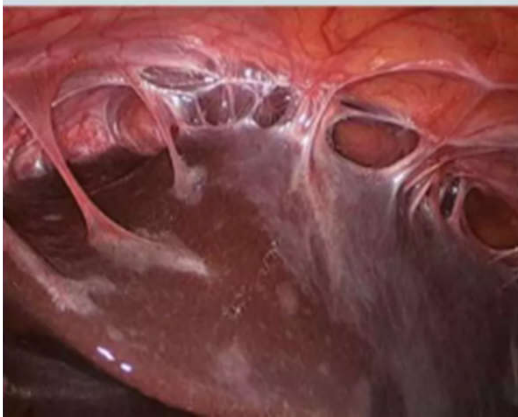
- Đau hạ sườn phải: đau nhói, tăng khi ho, hít sâu, vận động; có thể lan lên vai/cánh tay phải.
- Đau vùng hạ vị/hố chậu phải kèm dấu hiệu viêm tử cung phần phụ.
- Các triệu chứng khác: sốt, mệt mỏi, buồn nôn, khí hư, rối loạn tiểu tiện.
- Dễ nhầm với viêm túi mật, áp xe gan, tràn dịch màng phổi.

❖ YẾU TỐ NGUY CƠ:

- Phụ nữ dưới 25 tuổi.
- Tiền sử ghi nhận STIs hoặc PID.
- Sử dụng dụng cụ trong tử cung ([IUD](#)).
- Quan hệ tình dục không an toàn.
- Nhiều bạn tình.
- Thụt rửa âm đạo.

CHẨN ĐOÁN

- Xét nghiệm vi sinh: phát hiện *Chlamydia trachomatis* hoặc *Neisseria gonorrhoeae* trong dịch quanh gan, cổ tử cung, âm đạo.
- Lâm sàng: dựa vào triệu chứng đau hạ sườn phải và tiền sử viêm vùng chậu.
- Hình ảnh học: CT, MRI hoặc siêu âm có thể thấy bao gan dày, ngấm thuốc cản quang, dính vào ổ bụng, áp xe vòi trứng.



ĐIỀU TRỊ



❖ **Kháng sinh:** theo phác đồ điều trị *Chlamydia* hoặc *Neisseria*

- Hướng dẫn của CDC Hoa Kỳ năm 2021:

- Ceftriaxone ở liều 500 mg IM một liều duy nhất, Kèm

- Doxycycline ở liều 100 mg PO BID trong 14 ngày và Metronidazole ở liều 500 mg PO BID trong 14 ngày

❖ **Giảm đau:** NSAIDs hoặc thuốc giảm đau khác.

❖ **Phòng ngừa:** Quan hệ tình dục an toàn, điều trị sớm PID.

CHỈ ĐỊNH NHẬP VIỆN

Cân nhắc nhập viện đối với những bệnh nhân có các tình trạng:

- Chẩn đoán không chắc chắn
- Có áp xe vùng chậu
- Mang thai
- Không dung nạp phác đồ kháng sinh đường uống ngoại trú
- Suy giảm miễn dịch đi kèm
- Bệnh nặng hoặc không cải thiện lâm sàng sau 72 giờ điều trị ngoại trú.

BIẾN CHỨNG

❖ Các biến chứng từ PID:

- Viêm vòi trứng.
- Áp xe buồng trứng.
- Viêm nội mạc tử cung.
- Viêm phúc mạc vùng chậu.

❖ Các biến chứng lâu dài bao gồm:

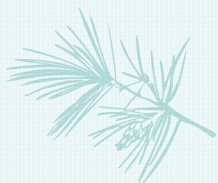
- Đau vùng chậu mạn tính.
- Vô sinh.
- Thai ngoài tử cung.
- Tắc ruột do dính.

BÀN LUẬN

Case lâm sàng này không ghi nhận tiền sử PID có thể do các thuốc giảm đau trong bệnh lý cột sống làm mất triệu chứng dẫn đến biểu hiện bệnh muộn.

CT-Scan có cản quang giúp xác định chẩn đoán các trường hợp LS không điển hình.

Xét nghiệm vi sinh và kháng sinh đồ trong các trường hợp kém đáp ứng điều trị hay diễn biến nặng.





THANK YOU