

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ VIÊM SINH DỤC TRÊN

1. CHẨN ĐOÁN

Tùy theo tác nhân gây bệnh, tùy theo mức độ nhiễm trùng mà triệu chứng lâm sàng trong viêm vùng chậu rất đa dạng: có thể có triệu chứng hoặc triệu chứng nhẹ, không đặc hiệu (chảy máu âm đạo bất thường, giao hợp đau, khí hư âm đạo) hoặc nhiễm trùng với những thể nặng. Điều này gây khó khăn cho việc chẩn đoán.

Tiêu chuẩn chẩn đoán (theo CDC 2015)

Tiêu chuẩn chính: BN trẻ trong độ tuổi hoạt động tình dục, có nguy cơ mắc bệnh lây truyền qua đường tình dục, có đau vùng chậu mà không tìm ra nguyên nhân gây bệnh khác. Khi khám vùng chậu có ≥ 1 biểu hiện sau:

- Đau khi lắc CTC hoặc
- Đau tử cung hoặc
- Đau phần phụ

Tiêu chuẩn phụ

- Sốt > 38.3 độ (Nhiệt độ miệng)
- Khí hư nhầy mủ CTC bất thường
- Có nhiều bạch cầu khi soi tươi dịch âm đạo với nước muối sinh lý
- Tăng tốc độ lắng máu
- Tăng CRP
- Kết quả XN viêm CTC có *N. gonorrhoeae* hoặc *C. trachomatis*
- Cận lâm sàng
- Xét nghiệm
 - + Nhuộm gram tìm *N. gonorrhoeae*
 - + Test miễn dịch tìm *Chlamydia trachomatis*
- CTM: BC tăng nghi ngờ quá trình viêm (56% trường hợp PID có công thức BC bình thường)
- CRP, PCT
- Siêu âm
- Nội soi bụng chẩn đoán
- BetaHCG: Kết quả âm tính loại trừ thai ngoài tử cung
- Tổng phân tích nước tiểu

2. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Liên quan đến thai kỳ: Thai ngoài tử cung, dọa sảy thai, sảy thai tự nhiên, sảy thai không trọn, thai trong tử cung kèm xuất huyết nang hoàng thể

- Liên quan đến bệnh lý phụ khoa: Khối u BT xoắn, u BT vỡ, nang BT xuất huyết, lạc NMTC

- Nguyên nhân ngoài đường sinh dục:

+ Tiêu hóa: viêm ruột thừa, viêm ruột, viêm túi thừa, hội chứng ruột kích thích

+ Tiết niệu: Nhiễm trùng đường tiểu, sỏi thận

3. ĐIỀU TRỊ

3.1 Nguyên tắc chung

- Điều trị nội khoa và kháng sinh phổ rộng

- Điều trị càng sớm, càng có cơ may tránh được các di chứng về sau

- Thể nhẹ, có thể điều trị ngoại trú

- Thể nặng, phải nhập viện điều trị

3.2 Tiêu chuẩn điều trị nội trú

- Chưa loại trừ các bệnh lý cấp cứu ngoại khoa (viêm ruột thừa ...)

- Áp-xe phần phụ

- Đang mang thai

- Bệnh nặng, buồn nôn, nôn ói hoặc sốt cao

- Không tuân theo hoặc không dung nạp các loại kháng sinh đường uống

- Không đáp ứng lâm sàng với điều trị ngoại trú

3.3 Điều trị nội trú

Nguyên tắc điều trị nội

- Điều trị với kháng sinh TM ít nhất 48 giờ

- Chuyển sang kháng sinh đường uống nếu sau 24-48 giờ triệu chứng lâm sàng cải thiện

* Cefoxitin 2g TM mỗi 6 giờ + Doxycylin 100mg uống mỗi 12 giờ

Ngưng kháng sinh TM sau 48 giờ triệu chứng lâm sàng cải thiện, chuyển sang kháng sinh uống Doxycylin 100mg 1v x 2 lần/ngày dùng cho đủ 14 ngày

* Hoặc Clindamycin 900mg truyền TM mỗi 8 giờ + Gentamycin 3-5 mg/kg TB 1 lần/ngày

Sau 48 giờ triệu chứng lâm sàng cải thiện, chuyển kháng sinh uống Clindamycin 450mg x 4 lần/ngày hoặc Doxycylin 100mg 1v x 2 lần/ngày dùng đủ 14 ngày.

* Hoặc Ampicillin/ sulbactam 1.5g TM mỗi 6 giờ + Doxycylin 100mg uống mỗi 12 giờ

3.4 Điều trị ngoại trú

Lựa chọn 1

* Ceftriaxone 250 mg TB liều duy nhất + Doxycylin 100mg x 2 lần/ngày hoặc Metronidazol 500mg x 2 lần/ngày uống trong 14 ngày

* Hoặc Cefoxitin 2g TB liều duy nhất + Doxycylin 100 mg x 2 lần/ngày hoặc Metronidazol 500mg x 2 lần/ngày uống trong 14 ngày

* Hoặc Cephalosporin thế hệ 3 (khác ceftizoxime hay cefotaxim) + Doxycylin 100mg x 2 lần/ngày hoặc Metronidazol 500mg x 2 lần/ngày uống trong 14 ngày

Lựa chọn 2

* Levofloxacin 500mg uống 1 lần/ngày

* Hoặc ofloxacin 400mg x 2 lần/ngày

* Hoặc moxifloxacin 400mg uống 1 lần/ngày

(+) Metronidazol 500mg x 2 lần/ngày uống trong 14 ngày

4. THEO DÕI

- BN sẽ cải thiện lâm sàng sau điều trị 3 ngày đầu tiên. Nếu triệu chứng lâm sàng không cải thiện sau 72 giờ điều trị ngoại trú, cần nhập viện, đánh giá phác đồ điều trị và làm thêm chẩn đoán.

- Tất cả BN được chẩn đoán PID do Chlamydia hoặc Gonorrhoeae phải được XN lại 3 tháng sau điều trị. Nếu kết quả âm tính, họ phải được XN lại 12 tháng sau điều trị.