

## I. ĐỊNH NGHĨA

Áp xe phần phụ (AXPP) là khối viêm nhiễm tại ống dẫn trứng, buồng trứng, một số trường hợp có cả cơ quan lân cận trong vùng chậu như ruột và bàng quang. Áp xe phần phụ thường gặp ở phụ nữ độ tuổi sinh sản và điển hình là do viêm nhiễm đường sinh dục trên.

SẢN KHOA

1

## II. TÁC NHÂN GÂY BỆNH

- Thường đa khuẩn (hiếu khí, kỵ khí), tác nhân tương tự như viêm vùng chậu (PID).
- Tác nhân gây bệnh chủ yếu là *Chlamydia trachomatis* và *Neisseria gonorrhoea*.
- Các tác nhân khác cũng có thể gây bệnh như:
  - *Gardnerella vaginalis*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*.
  - *Streptococcus*, *Staphylococcus*, *Haemophilus influenzae*.
  - Enterobacteries (*E.coli*, *Klebsiella*, yếm khí, *Bacteroides fragilis*).
  - Cytomegalovirus (CMV), *Mycoplasma hominis*.
- BN có dụng cụ tử cung phân lập được *Actinomyces israelii*.

PHỤ KHOA

2

## III. CHẨN ĐOÁN

### 3.1. Lâm sàng

- AXPP là biến chứng của viêm phần phụ, có triệu chứng lâm sàng tương tự viêm phần phụ (xem phác đồ Viêm vùng chậu).
- Triệu chứng có thể không điển hình: sốt nhẹ (40%), đau vùng chậu mạn (25%), bạch cầu bình thường (23%), đi kèm các triệu chứng không liên quan như đau bụng mạn lan tỏa hay thay đổi thói quen đi tiêu. Không có sốt không loại trừ được AXPP.
- AXPP vỡ điển hình sẽ có triệu chứng đau bụng cấp và dấu hiệu nhiễm trùng huyết, tuy nhiên có thể bị bỏ sót khi khối AXPP rò rỉ chậm. AXPP vỡ có thể đe dọa tính mạng cần phẫu thuật thám sát khẩn cấp.

- Khám:
  - Đau vùng chậu nhiều.
  - Khối u phần phụ 1 hay 2 bên, căng đau.

### 3.2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm:
  - Bạch cầu, CRP tăng.
  - Siêu âm vùng chậu: có khối u cạnh TC (độ nhạy 75-82%). Siêu âm bụng mỗi 3 ngày và sẽ thưa hơn nếu tình trạng lâm sàng cải thiện (ngày 1, 4, 7).
  - CT hoặc MRI cho những trường hợp chẩn đoán khó: có khối u cạnh TC (độ nhạy CT 78-100%).
- Xét nghiệm trước sử dụng kháng sinh: Ure, Creatinin, SGOT, SGPT, ĐMTB, XQ phổi.

## IV. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Hệ sinh sản: viêm vùng chậu, UBT, UBT xoắn, UBT vỡ, NXTC thoái hóa, TNTC bội nhiễm, sảy thai nhiễm trùng.
- Hệ tiêu hóa: viêm ruột thừa, viêm dạ dày ruột, viêm ruột, hội chứng ruột kích thích, viêm túi thừa, táo bón, viêm túi mật.
- Hệ tiết niệu: viêm bàng quang, viêm bể thận, sỏi thận, viêm niệu đạo.

## V. BIẾN CHỨNG

- Áp xe vỡ: (15%) là một tình trạng khẩn cấp đe dọa tính mạng cần phẫu thuật cấp cứu.
- Nhiễm trùng huyết: (10-20%) có dấu hiệu nhiễm trùng huyết phải can thiệp phẫu thuật ngay.

## VI. ĐIỀU TRỊ

**A. ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA ĐƠN THUẦN:** hiệu quả trong 75 - 80% các trường hợp.

### 1. Tiêu chuẩn điều trị nội

- Tình trạng huyết động ổn định.
- Không có dấu hiệu vỡ AXPP (bụng ngoại khoa, nhiễm trùng huyết).

- Kích thước ổ áp xe < 8 cm.
- Cỏ đáp ứng với liệu pháp KS.
- Chưa mãn kinh.

*Lưu ý: Những khối áp xe lớn ( $\geq 8$  cm), có tiền sử phẫu thuật vùng chậu dính nhiều hay mong muốn bảo tồn khả năng sinh sản và tình trạng lâm sàng ổn định có thể điều trị KS đơn thuần.*

**2. Phác đồ điều trị nội:** Các phác đồ đều dùng KS phổ rộng có tác dụng trên tất cả các vi khuẩn gây bệnh. Sau 24-48 giờ theo dõi, nếu triệu chứng lâm sàng không giảm, có thể đổi kháng sinh.

- Lựa chọn 1
  - Cefoxitin 2 g (TM) mỗi 6 giờ + Doxycycline 100 mg (uống hay TM) mỗi 12 giờ.
  - Hoặc Cefotetan 2 g (TM) mỗi 12 giờ + Doxycycline 100 mg (uống hay TM) mỗi 12 giờ.
  - Hoặc Clindamycin 900 mg (TM) mỗi 8 giờ + Gentamicin 2 mg/kg liều đầu, sau đó 1,5 mg/kg mỗi 8 giờ (TM hay TB).
  - Hoặc Ampicillin 2 g (TM) mỗi 6 giờ + Clindamycin 900 mg (TM) mỗi 8 giờ + Gentamicin 2 mg/kg liều đầu sau đó 1,5 mg/kg mỗi 8 giờ (TM hay TB).
  - Hoặc Ampicillin-sulbactam 3 g (TM) mỗi 6 giờ + Doxycycline 100 mg uống mỗi 12 giờ.
  - Hoặc Amoxicillin-clavulanate 1,2 g (TM) mỗi 8 giờ + Metronidazol 500 mg/100 ml (truyền TM) mỗi 8 giờ. Có phối hợp hoặc không với Gentamicin 80 mg/2 ml x 3 ống pha trong NaCl 0,9% 100ml truyền TM trong 30 phút.
- Lựa chọn 2
  - Levofloxacin 500 mg/100 ml truyền TM 1 lần/ngày + Metronidazol 500 mg/100 ml truyền TM mỗi 8 giờ.
  - Hoặc Imipenem-cilastatin 500 mg (TM) mỗi 6 giờ.
  - Hoặc Piperacillin-Tazobactam 4,5 g pha trong 100 ml NaCl 0,9% truyền TM mỗi 8 giờ.

Sử dụng kháng sinh ở chọn lựa 2 khi dị ứng với lựa chọn 1 hay điều trị theo chọn lựa 1 không đáp ứng sau 48 giờ.

### 3. Đánh giá điều trị nội

- Theo dõi sát trong 48 - 72 giờ đầu.
- Lâm sàng: sinh hiệu, dấu hiệu nhiễm trùng (môi khô, lưỡi đỏ), sốt, đau bụng (không khám âm đạo nhiều vì có nguy cơ vỡ khối áp xe).
- Cận lâm sàng:
  - Huyết đồ – CRP mỗi ngày trong 72 giờ đầu và ngày 7.
  - Siêu âm bụng mỗi 3 ngày và sẽ thưa hơn nếu tình trạng lâm sàng cải thiện (ngày 1, ngày 4, ngày 7).

### 4. Tiêu chuẩn điều trị nội không đáp ứng phải chuyển phẫu thuật: Sau 48 - 72 giờ.

- Sốt không giảm hay tăng.
- Đau vùng chậu không giảm hay nặng hơn.
- Khối áp xe lớn hơn.
- Bạch cầu trong máu không giảm, hay tăng nhiều hơn.
- Có dấu hiệu nhiễm trùng huyết.

### 5. Thời gian điều trị

- Tại viện: tối thiểu 7 ngày.
- Sau xuất viện: cần điều trị thêm tối thiểu 14 ngày.
  - Lựa chọn 1: Levofloxacin 500 mg 1 viên/ngày (uống) + Metronidazol 250 mg 2 viên x 2 lần/ngày (uống), hoặc Ofloxacin 400 mg 2 lần/ngày (uống) + Metronidazol 250 mg 2 viên x 2 lần/ngày (uống).
  - Lựa chọn 2: Amoxicillin-clavulanate 625 mg 1 viên x 3 lần/ngày (uống) + Metronidazol 250 mg 2 viên x 2 lần/ngày (uống).

## B. ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA

### 1. Chỉ định

- Khi khối áp xe > 8 cm, áp xe vỡ, viêm phúc mạc toàn thể.
- Nghi ngờ áp xe vùng chậu không phân biệt được với áp xe ruột thừa.
- Điều trị nội khoa sau 48 - 72 giờ không đáp ứng.

Kháng sinh vẫn tiếp tục duy trì trước, trong và sau khi can thiệp PT.  
Nên sử dụng kháng sinh 2 giờ trước phẫu thuật.

## 2. Nguyên tắc phẫu thuật

- Phá các ổ áp xe và dẫn lưu.
- Cắt tai vòi hoặc phần phụ có khối áp xe.
- Nếu bệnh nhân lớn tuổi, đủ con: có thể cắt hoàn toàn tử cung + 2 phần phụ + dẫn lưu.
- PTV có kinh nghiệm.

## 3. Lưu ý

- Dụng cụ tử cung và AXPP: phải tháo vòng, thường do *Actinomyces israelii*.
- Hậu mãn kinh và AXPP: tỉ lệ ung thư cao thường kèm với AXPP trên phụ nữ hậu mãn kinh. AXPP kèm với ung thư sinh dục chiếm 8/17 phụ nữ hậu mãn kinh so với 1/76 phụ nữ tuổi tiền mãn kinh. Nên PT điều trị tốt hơn điều trị KS đơn độc hay kèm dẫn lưu xâm lấn tối thiểu. Cần khảo sát di căn ở vùng chậu và ổ bụng.
- Có thai và AXPP: hiếm gặp trên phụ nữ có thai. Việc điều trị cũng tương tự như phụ nữ không có thai. Cần lưu ý tránh những thuốc có thể gây quái thai (như quinolones). Ngoài ra, quyết định PT còn tùy thuộc vào độ an toàn của PT và ở những thời điểm tuổi thai thích hợp.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Barbara L.H., Karen D.B. *Tuboovarian Abscess. Williams Gynecology, 2e, 2012.*
2. Jonathan S.B. *Tubo-Ovarian Abscess. Berek & Novak's Gynecology, 15e, 2012.*
3. *Pelvic Inflammatory Disease 2010 CDC.*
4. Richard H. Beigi, *Management and complications of tuboovarian abscess, Uptodate, last updated: Jun 11, 2012.*
5. Wiesenfeld HC, Sweet RL, Ness RB, et al. *Comparison of acute and subclinical pelvic inflammatory disease. Sex Transm Dis 2005;32:400-5.*
6. Ness RB, Kip KE, Hillier SL, et al. *A cluster analysis of bacterial vaginosis-associated microflora and pelvic inflammatory disease. Am J Epidemiol 2005;162:585-90.*
7. Peipert JF, Ness RB, Blume J, et al. *Clinical predictors of endometritis in women with symptoms and signs of pelvic inflammatory disease. Am J Obstet Gynecol 2001;184:856-63.*
8. *Update to CDC's Sexually Transmitted Diseases Treatment 2010 Guidelines: Oral Cephalosporins No Longer a Recommended Treatment for Gonococcal Infections - MMWR August 10, 2012.*