

39. ĐIỀU TRỊ VIÊM VÙNG CHẬU (PID: pelvic inflammatory disease)

I. Định nghĩa

Viêm vùng chậu là viêm nhiễm cấp đường sinh dục trên của phụ nữ, lây lan từ cổ tử cung lên đến tử cung, ống dẫn trứng, buồng trứng và các cơ quan lân cận.

II. Tác nhân gây bệnh

- Tác nhân gây bệnh chủ yếu trong viêm vùng chậu là *Chlamydia trachomatis* và *Neisseria gonorrhoeae*.
- Các tác nhân khác cũng có thể gây bệnh như
 - + *Gardnerella vaginalis*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*.
 - + *Streptococcus*, *Staphylococcus*, *Haemophilus influenzae*.
 - + *Entérobactéries* (*E. coli*, *Klebsiella*, *yếm khí*, *Bactéroides fragilis*).

III. Yếu tố nguy cơ

- Có nhiều bạn tình.
- Tuổi trẻ < 25 tuổi.
- Tiền căn viêm vùng chậu.
- Bạn tình có viêm nhiễm niệu đạo hoặc nhiễm lậu.

IV. Tiêu chuẩn chẩn đoán viêm vùng chậu

• Tiêu chuẩn tối thiểu gồm

1. Đau vùng hạ vị hoặc đau vùng chậu.
2. Đau khi di động CTC hoặc đau tử cung hoặc phần phụ.

• Tiêu chuẩn thêm vào (1 hay nhiều triệu chứng)

1. Nhiệt độ > 38.3°C.
2. Cổ tử cung viêm, chảy dịch đục như mủ.
3. Tăng bạch cầu.
4. Tăng CRP.
5. Có dữ liệu nhiễm *N. gonorrhoeae* hoặc *C. Trachomatis* ở CTC.

V. Xét nghiệm cận lâm sàng

- Tổng phân tích tế bào máu.
- CRP.
- β hCG.
- CA 125.
- Tổng phân tích nước tiểu.
- Siêu âm.
- Xét nghiệm khí hư âm đạo:
 - + Soi tươi tìm *Gardnerella vaginalis*.
 - + Nhuộm gram tìm vi trùng *Neisseria gonorrhoeae*.
- Test miễn dịch chẩn đoán *Chlamydia trachomatis*.

VI. Chẩn đoán phân biệt

- Thai ngoài tử cung.
- U buồng trứng xoắn, xuất huyết nang buồng trứng.
- Lạc nội mạc tử cung.
- Ung thư buồng trứng tiến triển cấp.
- U xơ tử cung hoại tử.
- Viêm ruột thừa cấp.
- Viêm bàng quang, viêm đài bể thận, cơn đau quặn thận.

VII. Điều trị**• Nguyên tắc điều trị**

- Tất cả các phác đồ điều trị phải hiệu quả đối với cả *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* và vi trùng yếm khí.
- Điều trị càng sớm nguy cơ di chứng về sau càng thấp.
- Thể nhẹ có thể điều trị ngoại trú.
- Bệnh thể nặng phải nhập viện điều trị nội trú.

• Điều trị nội trú trong các tình huống sau

1. Đang mang thai.
2. Không đáp ứng hoặc không dung nạp với kháng sinh đường uống.
3. Không tuân thủ điều trị.
4. Không thể dùng kháng sinh uống do buồn nôn và nôn ói.
5. Thể nặng: sốt cao, buồn nôn, nôn, đau vùng chậu nặng.
6. Khối abscess vùng chậu kể cả abscess tai vòi.
7. Có thể cần phải phẫu thuật hoặc chưa loại trừ chẩn đoán nguyên nhân khác (như: viêm ruột thừa).

Phác đồ điều trị ngoại trú**- Lựa chọn 1**

+ Ceftriaxone 250mg (tiêm bắp) 1 liều duy nhất và Doxycycline 100mg x 2 lần (uống)/ngày x 14 ngày.

Có hoặc không có Metronidazole 500mg (uống) x 2 lần/ ngày x 14 ngày.

Hoặc

+ Cefoxitin 2g (TB) 1 liều phối hợp Probenecid 1g (uống) 1 liều và Doxycycline 100mg x 2 lần (uống)/ngày x 14 ngày.

Có hoặc không có Metronidazole 500mg (uống) x 2 lần/ ngày x 14 ngày.

Hoặc

+ Cephalosporin thế hệ III như

Cefotaxime 1g tiêm bắp 1 liều duy nhất *hoặc* Ceftizoxime 1g tiêm bắp 1 liều duy nhất và Doxycycline 100mg x 2 lần (uống)/ngày x 14 ngày.

Có hoặc không có Metronidazole 500mg (uống) x 2 lần/ ngày x 14 ngày.

- Lựa chọn 2: *khi không đủ điều kiện áp dụng lựa chọn 1*
 - + Ofloxacin 400mg (uống) 2 lần/ ngày x 14 ngày *hoặc* Levofloxacin 500mg (uống) 1 lần/ ngày x 14 ngày.
- Có hoặc không có Metronidazole 500mg (uống) x 2 lần/ ngày x 14 ngày.*

Trường hợp dị ứng với Penicilline

1. Nhập viện và bắt đầu điều trị với Clindamycine 900mg tiêm tĩnh mạch mỗi 8g + Gentamycine liều đầu tiên 2mg/kg (tiêm tĩnh mạch) hoặc (TB) sau duy trì 1.5mg/kg mỗi 8 giờ.

Sau 24 giờ cải thiện lâm sàng, chuyển sang

Clindamycin 450 mg uống mỗi 6 giờ cho đủ 14 ngày điều trị.

hoặc

Doxycycline 100mg x 2 lần (uống)/ngày x 14 ngày + Metronidazole 500mg (uống) x 2 lần/ ngày x 14 ngày.

2. Hoặc điều trị ngoại trú: Ofloxacin 400mg (uống) 2 lần/ ngày x 14 ngày *hoặc* Levofloxacin 500mg (uống) 1 lần/ ngày x 14 ngày.

Có hoặc không có Metronidazole 500mg (uống) x 2 lần/ ngày x 14 ngày.

Phác đồ điều trị nội trú

• Lựa chọn 1

- Cefoxitin 2 g tiêm tĩnh mạch mỗi 6 giờ *hoặc* Cefotetan 2 g tiêm tĩnh mạch mỗi 12 giờ + Doxycycline 100 mg uống hoặc tiêm tĩnh mạch mỗi 12 giờ.
- hoặc*
- Cephalosporine thế hệ III
Ceftriaxon 1g tiêm tĩnh mạch hoặc tiêm bắp 1 lần/ngày
+ Doxycycline 100mg uống hoặc tiêm tĩnh mạch mỗi 12 giờ.

• Lựa chọn 2

- Clindamycine 900mg tiêm tĩnh mạch mỗi 8 giờ + Gentamycine liều đầu tiên 2mg/kg (tiêm tĩnh mạch) hoặc (TB) sau duy trì 1.5mg/kg mỗi 8 giờ.
- Lựa chọn khác: Ampicillin-sulbactam (Unasyn®) 3 g tiêm tĩnh mạch mỗi 6 giờ + Doxycycline 100 mg tiêm tĩnh mạch hoặc uống mỗi 12 giờ.
- Chuyển từ đường tĩnh mạch sang đường uống bắt đầu sau 24 giờ cải thiện các triệu chứng lâm sàng như sốt, buồn nôn, nôn, đau vùng chậu. Dùng Doxycycline 100mg x 2 lần (uống)/ngày x 14 ngày.
- Trường hợp bệnh nhân không dung nạp với Doxycycline, có thể sử dụng Azithromycine 1g đơn liều uống 1 lần/ tuần x 2 tuần.
- Trong trường hợp abscess phần phụ, nên can thiệp ngoại khoa sau 48 giờ dùng kháng sinh đường tĩnh mạch.

Điều trị nội khoa kết hợp

- Kháng viêm giảm đau.
- Lấy vòng (nếu có).
- Nghỉ ngơi kiêng quan hệ hoặc quan hệ kèm dùng bao cao su.