

Số: 2504 /QĐ-BVTD

Thành phố Hồ Chí Minh, ngày 03 tháng 10 năm 2019

QUYẾT ĐỊNH
Ban hành phác đồ điều trị.

GIÁM ĐỐC BỆNH VIỆN TỪ DŨ

Căn cứ Quyết định số 1507/QĐ-UB ngày 08/04/2004 của UBND TP. HCM về việc cho phép đổi tên Bệnh viện Phụ sản TP. HCM thành Bệnh viện Từ Dũ trực thuộc Sở Y tế TP Hồ Chí Minh và quy định chức năng, nhiệm vụ của bệnh viện Từ Dũ;

Căn cứ Quyết định số 2912/QĐ-SYT ngày 12/9/2014 của Sở Y tế TP.HCM về việc Ban hành Quy chế tổ chức và hoạt động của bệnh viện Từ Dũ;

Căn cứ nội dung các biên bản cuộc họp xét duyệt phác đồ;

Xét đề nghị của Hội đồng Thuốc và điều trị và Trưởng phòng Kế hoạch Tổng hợp bệnh viện Từ Dũ,

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Nay đồng ý ban hành kèm theo Quyết định này phác đồ “Áp xe phần phụ” tại bệnh viện Từ Dũ (đính kèm).

Điều 2. Phác đồ “Áp xe phần phụ” là tài liệu tham khảo chính của bệnh viện trong công tác điều trị và quản lý chuyên môn.

Điều 3. Các Ông (Bà) Trưởng phòng Kế hoạch Tổng hợp, Trưởng các khoa lâm sàng và các nhân viên y tế liên quan công tác tại bệnh viện Từ Dũ có trách nhiệm thi hành Quyết định này kể từ ngày ký. *l.c*

Nơi nhận:

- Như Điều 3;

- Lưu: VT, KHTH. *l.c*

KT **GIÁM ĐỐC**
PHÓ GIÁM ĐỐC

BS. CKII. Nguyễn Bá Mỹ Nhi

ÁP XE PHẦN PHỤ

(Ban hành kèm theo Quyết định số 2564/QĐ-BVTD ngày 03/10/2019 của bệnh viện Từ Dũ)

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. Ống dẫn trứng và buồng trứng có thể dính thành 1 khối và chứa mủ.

Áp xe phần phụ thường gặp ở phụ nữ độ tuổi sinh sản và điển hình là do viêm nhiễm đường sinh dục trên.

II. YẾU TỐ NGUY CƠ VÀ TÁC NHÂN GÂY BỆNH

2.1. Yếu tố nguy cơ

Nhiều bạn tình, độ tuổi từ 15 đến 25, tiền sử bị viêm vùng chậu, bị hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải...

2.2. Tác nhân gây bệnh

Do nhiễm trùng đường sinh dục trên, thường do viêm vùng chậu, lao sinh dục, do lây lan từ các bệnh lý viêm nhiễm không kiểm soát được tại các cơ quan như ruột, viêm ruột thừa, phẫu thuật phần phụ hoặc đôi khi do nhiễm trùng huyết. AXPP vẫn có thể xảy ra ở các trường hợp người bệnh đã cắt tử cung chừa lại 2 phần phụ nhưng hiếm gặp, nguyên nhân có thể do nhiễm từ đường huyết hoặc các cơ quan lân cận.

Do nhiễm trùng từ đường sinh dục dưới do các tác nhân gây bệnh lây truyền qua đường tình dục.

Thường đa khuẩn (hiếu khí, kỵ khí), tác nhân tương tự như viêm vùng chậu (PID).

Các tác nhân gây bệnh phổ biến bao gồm *Escherichia coli*, Streptococci hiếu khí, *Bacteroides fragilis*, *Prevotella* và các loài vi khuẩn kỵ khí khác như *Peptostreptococcus*. Một số tác nhân gây bệnh có thể được phân lập từ AXPP như các chủng *Candida*, *Pasteurella multocida*, *Salmonellae* và *Streptococcus pneumoniae*...

Các trường hợp đặc biệt bị AXPP:

+ Suy giảm miễn dịch: phân lập được *Mycobacterium tuberculosis* (hiếm).

+ Người bệnh có đặt dụng cụ tử cung: phân lập được *Actinomyces israelii*.

III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

AXPP là biến chứng của viêm vùng chậu, có triệu chứng lâm sàng tương tự viêm vùng chậu (xem phác đồ Viêm vùng chậu).

Triệu chứng có thể không điển hình: không sốt (40%), đau vùng chậu mạn (25%), bạch cầu bình thường (23%), đi kèm các triệu chứng không liên quan như đau bụng trên lan tỏa kéo dài 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 có thể có dấu hiệu nhiễm trùng huyết, phản ứng phức mạc, tụt huyết áp, nhịp tim nhanh, thở nhanh hoặc các dấu hiệu nhiễm toan. AXPP vỡ có thể đe dọa tính mạng cần phẫu thuật 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: độ nhạy 75-82%, giúp chẩn đoán phân biệt các bệnh lý đường sinh dục như: u buồng trứng, thai ngoài tử cung, u xơ tử cung thoái hóa...

Trong trường hợp cần thiết, có thể chỉ định chụp CTScan hoặc MRI: giúp chẩn đoán phân biệt các bệnh lý liên quan đến đường tiêu hóa như: viêm ruột thừa, viêm hoặc áp xe ruột...

Xét nghiệm trước sử dụng kháng sinh: Ure, Creatinine, SGOT, SGPT, đông máu toàn bộ, X quang phổi.

IV. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

Hệ sinh sản: viêm vùng chậu, u buồng trứng, u buồng trứng xoắn/vỡ, u xơ tử cung thoái hóa, thai ngoài tử cung bội nhiễm, sảy thai nhiễm trùng...

Hệ tiêu hóa: viêm ruột thừa, viêm dạ dày ruột, viêm ruột, hội chứng ruột kích thích, viêm/áp xe túi thừa, táo bón, viêm túi mật, thủng ruột, ung thư đại trực tràng...

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%): khi có dấu hiệu nhiễm trùng huyết phải can thiệp phẫu thuật ngay.

VI. ĐIỀU TRỊ

AXPP là tình trạng nghiêm trọng có thể đe dọa tính mạng, vỡ khối AXPP có thể dẫn đến tình trạng nhiễm trùng huyết vì vậy, AXPP cần được điều trị nội khoa tích cực hoặc phẫu thuật.

6.1. Điều trị nội khoa đơn thuần: hiệu quả trong 70% các trường hợp.

a. Tiêu chuẩn điều trị nội khoa

- 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
- Chưa mãn kinh

Lưu ý: Những khối áp xe lớn (≥ 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 kháng sinh đơn thuần. Trong trường hợp này, cần tư vấn rõ cho người bệnh về nguy cơ thất bại khi điều trị nội khoa đơn thuần và khả năng cần can thiệp phẫu thuật khi thất bại với phương pháp điều trị nội khoa. Các trường hợp này có thể cân nhắc dẫn lưu khối AXPP ngả âm đạo dưới hướng dẫn của siêu âm.

b. Phác đồ điều trị nội khoa

Các trường hợp được chẩn đoán AXPP cần được nhập viện và điều trị bằng kháng sinh đường tĩnh mạch. Điều trị ngoại trú bằng kháng sinh uống được chỉ định để hoàn thành liệu trình kháng sinh và chỉ được chỉ định khi người bệnh đã có những cải thiện lâm sàng đáng kể.

Lựa chọn 1

- Cefotaxime 1 g (TM) mỗi 8 giờ + Doxycycline 100 mg (uống hay TM) mỗi 12 giờ + Metronidazole 500 mg/100 ml (truyền TM) mỗi 8 giờ, hoặc
- Ceftriaxone 1-2 g (TM) 1 lần/ngày + Doxycycline 100 mg (uống hay TM) mỗi 12 giờ + Metronidazole 500 mg/100 ml (truyền TM) mỗi 8 giờ, hoặc
- Ampicilin 2 g (TM) mỗi 6 giờ + Clindamycin 900 mg (truyền TM) mỗi 8 giờ + Gentamicin 2 mg/kg liều đầu sau đó 1,5 mg/kg mỗi 8 giờ (TM hay TB), hoặc
- Clindamycin 900 mg (truyền TM) mỗi 8 giờ + Gentamicin 2 mg/kg liều đầu, sau đó 1,5 mg/kg mỗi 8 giờ (TM hay TB), hoặc
- Ampicilin + sulbactam 3 g (TM) mỗi 6 giờ + Doxycycline 100 mg (uống hoặc TM) mỗi 12 giờ, hoặc
- 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

Lựa chọn 2

- Levofloxacin 500 mg/100 ml truyền TM 1 lần/ngày + Metronidazole 500 mg/100 ml truyền TM mỗi 8 giờ, hoặc
- Piperacilin + tazobactam 4,5 g truyền TM mỗi 6 giờ, hoặc
- Ertapenem 1 g truyền TM 1 lần/ngày, hoặc
- Imipenem + cilastatin 500 mg truyền TM mỗi 6 giờ

Phác đồ kháng sinh uống ngoại trú: tiếp tục để hoàn thành liệu trình kháng sinh sau khi đã sử dụng kháng sinh đường tĩnh mạch.

- Levofloxacin 500 mg 1 viên x 1 lần/ngày (uống) + Metronidazole 250 mg 2 viên x 2 lần/ngày (uống), hoặc
- Ofloxacin 400 mg 1 viên x 1 lần/ngày (uống) + Metronidazole 250 mg 2 viên x 2 lần/ngày (uống), hoặc
- Clindamycin 300 mg 1 viên x 4 lần/ngày (uống) + Doxycycline 100 mg 1 viên x 2 lần/ngày (uống), hoặc
- Metronidazole 250 mg 2 viên x 2 lần/ngày (uống) + Doxycycline 100 mg 1 viên x 2 lần/ngày (uống), hoặc
- Amoxicilin + acid clavulanic (1000 mg + 62,5 mg) 1 viên x 3 lần/ngày (uống), hoặc
- Amoxicilin + acid clavulanic (500 mg + 125 mg) 1 viên x 3 lần/ngày (uống)

Lưu ý:

- + Cần chỉnh liều thích hợp ở người bệnh bị suy thận.
- + Gentamicin có thể được dùng 3 đến 5 mg/kg đường tĩnh mạch 1 lần/ ngày.
- + Ampicilin + sulbactam 3 g tương đương với Ampicilin + sulbactam (1 g + 0,5 g) x 2 lọ.
- + Có thể hoá điều trị khi phân lập được các tác nhân gây bệnh hiếm gặp trong AXPP như *Candida spp.*, *Pasteurella multocida*, *Salmonellae*, *Actinomyces israelii*...

c. Theo dõi

- Người bệnh cần được điều trị nội trú ít nhất trong vòng 48-72 giờ.
- 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 nguy cơ vỡ khối AXPP.
- Cận lâm sàng:
 - + Theo dõi số lượng bạch cầu mỗi ngày để đánh giá đáp ứng điều trị (trong 72 giờ đầu và ngày 7).
 - + Siêu âm bụng mỗi 3 ngày để đánh giá sự cải thiện của tình trạng lâm sàng.

d. Thời gian điều trị nội khoa

Cần sử dụng kháng sinh ít nhất 14 ngày, thời gian điều trị kháng sinh có thể kéo dài hơn tùy từng tình huống lâm sàng cụ thể.

e. Tiêu chuẩn chuyển sang điều trị ngoại trú bằng kháng sinh uống

- Có sự cải thiện lâm sàng rõ rệt như không sốt trong ít nhất 24-48 giờ, giảm đau bụng, bạch cầu có xu hướng trở về bình thường...
- Có thể dung nạp kháng sinh uống
- Có thể tuân thủ điều trị và tái khám đúng hẹn

f. Tiêu chuẩn điều trị nội khoa không đáp ứng

Sau 48-72 giờ, tình trạng người bệnh không đáp ứng kháng sinh hoặc diễn tiến lâm sàng xấu hơn:

- 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 nghi ngờ nhiễm trùng huyết

Lưu ý:

+ Đối với những trường hợp diễn tiến lâm sàng không nặng hơn nhưng không cải thiện rõ rệt khi dùng kháng sinh đơn thuần, dẫn lưu khối áp xe ngả âm đạo dưới hướng dẫn siêu âm có thể cân nhắc áp dụng. Nếu không thể dẫn lưu khối áp xe, cần can thiệp phẫu thuật.

+ Đối với những trường hợp diễn tiến lâm sàng nặng hơn với các đặc điểm như trên, cần can thiệp phẫu thuật.

6.2. Điều trị ngoại khoa

a. Chỉ định

- Khi khối áp xe ≥ 8 cm, áp xe vỡ, viêm phúc mạc toàn thể
- Nghi ngờ nhiễm trùng huyết
- 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
- Mãn kinh

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

Lưu ý:

+ Đối với phụ nữ đã mãn kinh, AXPP cần được phẫu thuật do nguy cơ tiềm ẩn của bệnh lý ác tính của tử cung và phần phụ.

+ Chỉ định dẫn lưu khối áp xe dưới hướng dẫn của siêu âm hay phẫu thuật tùy thuộc vào từng tình huống lâm sàng cụ thể của người bệnh.

b. Nguyên tắc phẫu thuật

- Dẫn lưu các ổ áp xe.

- Rửa kỹ khoang phúc mạc bằng nhiều nước ấm (không pha povidone iodine) nhằm làm giảm tình trạng viêm và nhiễm trùng của người bệnh nếu vỡ khối AXPP.

- Cắt ống dẫn trứng hoặc phần phụ có khối áp xe.

- Nếu bệnh nhân mãn kinh hoặc lớn tuổi, đủ con: cắt hoàn toàn tử cung + 2 phần phụ + dẫn lưu.

- Phẫu thuật viên có kinh nghiệm.

Lưu ý: xét nghiệm vi sinh (kỵ khí và hiếu khí) từ dịch trong ổ áp xe và mẫu mô thành ổ áp xe (4 lọ).

6.3. Các trường hợp đặc biệt

- Dụng cụ tử cung và AXPP: phải tháo vòng.

- Có thai và AXPP: hiếm gặp. Việc điều trị cũng tương tự như phụ nữ không có thai. Cần lưu ý tránh những thuốc có chống chỉ định trong thai kỳ (như quinolones). Ngoài ra, quyết định phẫu thuật còn tùy thuộc vào độ an toàn của phẫu thuật và ở những thời điểm tuổi thai thích hợp.

- Đối với các trường hợp bị AXPP có kèm các tác nhân lây truyền qua đường tình dục, cần xem xét vấn đề điều trị cho cả bạn tình.

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. 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.
4. 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.
5. Richard H. Beigi (2019), Management and complications of tubo-ovarian abscess, Uptodate.
6. Richard H. Beigi (2019), Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis of tubo-ovarian abscess, Uptodate.
7. Wiesenfeld HC, Sweet RL, Ness RB, et al. Comparison of acute and subclinical pelvic inflammatory disease. Sex Transm Dis 2005;32:400–5.
8. Workowski KA, Bolan GA, Centers for Disease Control and Prevention, Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015, MMWR Recomm Rep. 2015;64(RR-03):1.



BS. CKII. Nguyễn Bá Mỹ Nhi