

ĐIỀU TRỊ ÁP-XE PHẦN PHỤ



Tiến sĩ - Bác sĩ Lê Thị Thu Hà
Bệnh viện Từ Dũ

MỞ ĐẦU

Áp-xe phần phụ (AXPP) là một khối viêm liên quan đến ống dẫn trứng, buồng trứng và đôi khi, các cơ quan vùng chậu kế cận khác (ví dụ: ruột, bàng quang). AXPP thường gặp nhất ở phụ nữ tuổi sinh sản và thường do nhiễm trùng đường sinh dục trên.

AXPP là một tình trạng khá nghiêm trọng và có khả năng đe dọa tính mạng, đặc biệt là khi áp-xe vỡ có thể dẫn đến nhiễm trùng huyết. Điều trị nội khoa có thể kèm theo phẫu thuật là cần thiết. Trước khi có sự ra đời của thuốc kháng sinh phổ rộng và thực hành phẫu thuật hiện đại, tỉ lệ tử vong liên quan với AXPP là khoảng 50%.

Tỉ lệ tử vong gần như bằng không đối với áp-xe chưa vỡ. Đối với áp-xe vỡ, tỉ lệ tử vong hiện tại chưa được báo cáo, nhưng dữ liệu từ những năm 1960 cho thấy tỉ lệ lên đến 1,7-3,7%.

Phương thức điều trị cho AXPP bao gồm: điều trị kháng sinh, thủ thuật dẫn lưu ít xâm lấn, phẫu thuật xâm lấn hoặc kết hợp các biện pháp này. Phần lớn các ổ áp-xe nhỏ (< 9cm đường kính) được giải quyết với điều trị bằng kháng sinh đơn thuần.

CHỌN PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ

Sự lựa chọn của liệu pháp kháng sinh đơn thuần hoặc kết hợp với thủ thuật dẫn lưu hay phẫu thuật tùy thuộc vào tình trạng của bệnh nhân và đặc điểm của khối áp-xe.

Chỉ định phẫu thuật khẩn cấp

- Nghi ngờ khối AXPP vỡ là một trường hợp khẩn cấp đe dọa tính mạng và đòi hỏi phải can thiệp phẫu thuật ngay. Những dấu hiệu lâm sàng gợi ý bao gồm: hạ huyết áp, nhịp tim nhanh, thở nhanh, có dấu hiệu phản ứng phúc mạc cấp tính hoặc nhiễm toan.
- Ngay cả trong trường hợp không có bằng chứng

của áp-xe vỡ, phẫu thuật thăm dò và điều trị được khuyến khích ở bất kỳ người phụ nữ nào có dấu hiệu của nhiễm trùng huyết và một áp-xe lớn.

- Ở những phụ nữ được điều trị phẫu thuật, thuốc kháng sinh cũng cần được bắt đầu càng sớm càng tốt, trước hoặc trong quá trình can thiệp phẫu thuật khẩn cấp.

Chỉ định điều trị nội khoa (kháng sinh) đơn thuần

Hầu hết trường hợp AXPP có chỉ định điều trị nội khoa đơn thuần. Hiệu quả điều trị kháng sinh chiếm khoảng 70% tất cả các trường hợp. Chỉ định điều trị nội khoa cho phụ nữ có những đặc điểm sau:

- Huyết động ổn định, không có dấu hiệu của vỡ AXPP (bụng cấp tính, nhiễm trùng huyết).
- Áp-xe < 9cm đường kính.
- Đáp ứng phù hợp với điều trị kháng sinh.
- Chưa mãn kinh.

Những phụ nữ đang bị ức chế miễn dịch cũng được điều trị tương tự như các bệnh nhân khác; không có dữ liệu để hỗ trợ can thiệp phẫu thuật sớm ở nhóm bệnh nhân này. Một số dữ liệu cho thấy phụ nữ nhiễm virus suy giảm miễn dịch (HIV) có nhiều khả năng có một diễn biến lâm sàng phức tạp. Tuy nhiên, hiệu quả điều trị có vẻ là tương tự nhau giữa nhiễm HIV và phụ nữ không nhiễm HIV.

Kích thước ổ áp-xe là tiên đoán điều trị thành công với kháng sinh đơn thuần. Nghiên cứu quan sát thấy rằng những bệnh nhân có khối áp-xe ≥ 9 cm có khả năng phẫu thuật cao hơn nhiều so với những khối áp-xe có kích thước nhỏ hơn (60% so với khoảng 30-40%, tương ứng).

Những trường hợp thất bại với điều trị nội khoa (kháng sinh)

Sau 48-72 giờ điều trị bằng thuốc kháng sinh, bệnh nhân AXPP không đáp ứng hoặc trở nặng hơn, yêu

cầu phải dẫn lưu áp-xe (thủ thuật ít xâm lấn) hoặc phẫu thuật (mổ mở hoặc nội soi). Khi đó, điều trị kháng sinh nên được tiếp tục đồng thời với phương pháp điều trị khác. Các tiêu chí được sử dụng để xác định sự thất bại của điều trị nội khoa là:

- Sốt kéo dài.
- Đau bụng vùng chậu dai dẳng hoặc tăng lên.
- Khối áp-xe lớn hơn.
- Bạch cầu tăng cao.
- Có các dấu hiệu của nhiễm trùng huyết.
- Siêu âm lặp lại khoảng mỗi ba ngày và sau đó ít thường xuyên hơn nếu có cải thiện lâm sàng phù hợp.

Thủ thuật xâm lấn tối thiểu dẫn lưu áp-xe với hình ảnh (chụp cắt lớp vi tính hoặc siêu âm) dẫn đường phù hợp với những bệnh nhân có diễn tiến không xấu đi, nhưng không cải thiện rõ ràng với kháng sinh đơn thuần. Hiện tại, chưa có nghiên cứu so sánh trực tiếp can thiệp phẫu thuật với thủ thuật xâm lấn tối thiểu trong những trường hợp lâm sàng này.

Do thiếu các dữ liệu lâm sàng rõ ràng, nên đa số các trung tâm lựa chọn phẫu thuật khi bệnh nhân có diễn tiến lâm sàng xấu đi hoặc không đáp ứng với kháng sinh. Ngoài ra, sự can thiệp của phẫu thuật là cần thiết trong những bệnh nhân không cải thiện về điều trị kháng sinh và khi thủ thuật xâm lấn tối thiểu dẫn lưu áp-xe là không khả thi (ví dụ: áp-xe đa ổ hoặc khó tiếp cận hoặc bác sĩ có kinh nghiệm trong các thủ thuật này không có sẵn).

Thuốc kháng sinh vẫn là nền tảng của điều trị trước, trong và sau thủ thuật hoặc phẫu thuật.

Điều trị bạn tình

Đối với phụ nữ AXPP có xét nghiệm dương tính với bệnh nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục, bạn tình cần được thông báo về sự cần thiết cho việc đánh giá và điều trị.

ĐIỀU TRỊ

Thuốc kháng sinh là cơ bản cho điều trị AXPP. Ở một số phụ nữ, liệu pháp kháng sinh phải được kết hợp với một thủ thuật xâm lấn tối thiểu hoặc phẫu thuật.

Tính khả dụng của thuốc kháng sinh phổ rộng với hoạt tính mạnh và có khả năng thâm nhập vào khoang áp-xe đã cách mạng hóa việc điều trị chính của AXPP chưa vỡ. Sự xuất hiện của các loại kháng sinh này đã làm đảo ngược các châm ngôn trước những năm 1970 rằng tất cả các ổ áp-xe cần phải được dẫn lưu. Cho đến thời điểm đó, do hiệu lực hạn chế của các tùy chọn không phẫu thuật, nên việc điều trị AXPP bao gồm cắt bỏ tất cả các cơ quan liên quan (thường là cắt bỏ hoàn toàn tử cung và hai phần phụ ngã bụng). Tuy nhiên, những tai biến phẫu thuật và mãn kinh sớm đã gây khó khăn cho nhiều bệnh nhân.

Liệu pháp kháng sinh

Hầu hết các chuyên gia đồng thuận rằng những phụ nữ có AXPP phải được xem là một bệnh nhân nội trú với các kháng sinh đường tĩnh mạch, ít nhất trong những ngày đầu. Điều này phù hợp với khuyến nghị của Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa dịch bệnh Hoa Kỳ (CDC).

Điều trị kháng sinh đơn thuần có hiệu quả trong khoảng 70% trường hợp, như đã nói ở trên. Phương pháp trị liệu này bị hạn chế bởi các ổ áp-xe có đặc tính như: tương đối vô mạch, không dễ dàng cho kháng sinh thâm nhập, độ pH thấp. Điều trị thành công của AXPP với liệu pháp kháng sinh đơn thuần có thể một phần là do việc cung cấp máu đến buồng trứng nhiều.

Phác đồ điều trị kháng sinh

Tất cả các phác đồ có các đặc điểm chung là phổ rộng cho tất cả các vi khuẩn liên quan (tương tự với các phác đồ điều trị bệnh viêm vùng chậu), bao

gồm cả các tác nhân gây bệnh lây truyền qua đường tình dục (*N. gonorrhoeae* và *C. trachomatis*, mặc dù các vi khuẩn này hiếm khi phân lập từ một AXPP) và các vi khuẩn yếm khí.

Các phác đồ bao gồm các thuốc được chứng minh là thâm nhập thành ổ áp-xe và hoạt động trong khoang tốt (ví dụ: clindamycin, metronidazole, cefoxitin) thường được đưa vào phác đồ điều trị.

Những phác đồ khác nhau có hiệu quả với điều trị AXPP. Phần lớn các dữ liệu lâm sàng ủng hộ việc dùng phác đồ lựa chọn đầu tiên trong bảng 1 (như: cefoxitin hoặc cefotetan, thêm doxycycline).

Những dữ liệu so sánh những thuốc kháng sinh trong phác đồ lựa chọn đầu tiên có hiệu quả gần như tương đương nhau (khoảng 70%, bao gồm những bệnh nhân có kích thước khối áp-xe khác nhau).

Lo ngại về khả năng kháng thuốc của những vi khuẩn đường ruột đối với cefotetan hoặc cefoxitin. Biết rằng những vi khuẩn đường ruột thường gây AXPP. Những lo ngại này dựa trên những thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên nhận thấy ertapenem có hiệu quả đáng kể hơn cefotetan trong dự phòng nhiễm khuẩn vết mổ ở những bệnh nhân phẫu thuật đường ruột chọn lọc. Tuy nhiên, không có bằng chứng về những tác nhân kháng thuốc trong điều trị AXPP. Ngoài ra, những hướng dẫn điều trị mới đây của Hiệp hội Bệnh nhiễm trùng Hoa Kỳ (the Infectious Diseases Society of America) về điều trị nhiễm trùng trong ổ bụng gợi ý dùng cefoxitin là lựa chọn hợp lý cho điều trị AXPP.

Bên cạnh phác đồ chuẩn trong bảng 1, những thuốc mới cũng có vai trò trong điều trị AXPP, bao gồm: ertapenem (1g tiêm tĩnh mạch (TM) mỗi 24 giờ) hoặc piperacillin - tazobactam (3.375g TM mỗi 6 giờ).

Trong phác đồ điều trị lựa chọn đầu tiên, nhiều dữ liệu chứng minh điều trị bộ ba kháng sinh hiệu quả hơn phối hợp hai kháng sinh (phác đồ

Bảng 1

Phác đồ	Liều (người lớn)
Lựa chọn đầu tiên^(*)	
Cefoxitin và	2g TM mỗi 6 giờ
Doxycycline	100mg uống hoặc TM mỗi 12 giờ
Cefotetan và	2g TM mỗi 12 giờ
Doxycycline	100mg uống hoặc TM mỗi 12 giờ
Clindamycin và	900mg TM mỗi 8 giờ
Gentamicin	2 mg/kg liều gánh, sau đó 1,5 mg/kg mỗi 8 giờ TM hay tiêm bắp (TB); hoặc 3-5 mg/kg TM 1 lần mỗi ngày
Ampicillin và	2g TM mỗi 6 giờ
Clindamycin và	900mg TB mỗi 8 giờ
Gentamicin	2 mg/kg liều gánh, sau đó 1,5 mg/kg mỗi 8 giờ TM hoặc TB; hoặc 3-5 mg/kg TM 1 lần mỗi ngày
Ampicillin-sulbactam và	3g TM mỗi 6 giờ ^(A)
Doxycycline	100mg uống hoặc TB mỗi 12 giờ
Lựa chọn thứ hai^(*)	
Levofloxacin và	500mg TB 1 lần mỗi ngày
Metronidazole	500mg TB mỗi 8 giờ
Imipenem-cilastatin	500mg TB mỗi 6 giờ
Phác đồ kiểm soát uống cho bệnh nhân ngoại trú (chỉ tiếp tục điều trị cho những bệnh nhân chọn lọc)^(B)	
Levofloxacin hoặc ofloxacin và	500mg uống 1 lần mỗi ngày
Metronidazole	500mg uống 2 lần mỗi ngày
Amoxicillin-clavulanate XR	2.000mg phóng thích kéo dài, uống 2 lần mỗi ngày

Chú thích:

^(*)Liều kháng sinh nên được điều chỉnh phù hợp với bệnh nhân suy thận

^(A)3g ampicillin-sulbactam = 2g ampicillin + 1g sulbactam

^(*)Không đủ bằng chứng mạnh về hiệu quả của phác đồ này

^(B)Những bệnh nhân được chọn lọc: có cải thiện về lâm sàng rõ ràng, cần tiếp tục điều trị ngoại trú. Thông tin trực tiếp cho bệnh nhân và kế hoạch theo dõi phải được xác lập

ampicillin / clindamycin và gentamycin so với cefotetan / doxycycline (88% so với 47%). Tuy nhiên, cần có nhiều nghiên cứu hơn nữa để chứng minh ưu thế này của phác đồ.

Cần lưu ý đến sự quá mẫn của thuốc cũng như các yếu tố nguy cơ đối với độc tính của aminoglycoside (ví dụ: suy thận).

Actinomyces hoặc các mầm bệnh hiếm gặp

Kinh nghiệm lâm sàng cho thấy liệu pháp trực tiếp trên tác nhân gây bệnh nên bao gồm trong các phác đồ điều trị trong trường hợp của AXPP, trong đó, *Actinomyces israelii* được phân lập.

Đối với phụ nữ bị AXPP với nguyên nhân gây bệnh này, nên sử dụng một trong các phác đồ kháng sinh chuẩn cho AXPP (Bảng 1) bao gồm một kháng sinh β -lactam (như ampicillin-sulbactam). Khi phác đồ chuẩn được hoàn tất, nên tiếp tục điều trị với penicillin trong ít nhất một tháng nữa. Doxycycline có thể được sử dụng cho các bệnh nhân bị dị ứng với penicillin. Không có dữ liệu chất lượng cao về thời gian điều trị cho bệnh này; hầu hết các chuyên gia đề nghị 3-6 tháng điều trị với penicillin.

Những tác nhân gây bệnh hiếm gặp khác được phân lập từ AXPP, ví dụ như: *Candida spp.*, *Pasteurella multocida*, *Salmonella*. Những trường hợp này cần phải được điều trị trên cơ sở từng cá thể, vì đây không phải là hệ vi khuẩn đường sinh dục nội sinh thông thường được tìm thấy trong đa số các AXPP. Hội chẩn với một chuyên gia về bệnh truyền nhiễm có thể thích hợp trong trường hợp như vậy.

Theo dõi điều trị

Bệnh nhân cần được theo dõi chặt chẽ trong ít nhất 48-72 giờ do tính chất nghiêm trọng của nhiễm trùng, khả năng vỡ ổ áp-xe và nhiễm trùng huyết. Các tiêu chí cho sự thất bại của điều trị đã được liệt kê ở trên.

Thời gian điều trị

Thời gian dùng kháng sinh cần thiết để điều trị AXPP không được thiết lập tốt. Khi kháng sinh đơn thuần là những liệu pháp được lựa chọn, thời gian điều trị tối thiểu 2 tuần là phổ biến nhất. Điều này phù hợp với hướng dẫn của CDC về việc điều trị cho bệnh viêm vùng chậu.

Hầu hết các chuyên gia khuyến cáo nên tiếp tục điều trị kháng sinh cho đến khi áp-xe đã giải quyết trên nghiên cứu hình ảnh tiếp theo. Điều này đôi khi có thể yêu cầu tổng thời gian điều trị kháng sinh là 4-6 tuần. Trong trường hợp bệnh nhân được cải thiện với kháng sinh đơn thuần, nhưng các ổ áp-xe đã không biến mất hoàn toàn, liệu trình kháng sinh ngoại trú có thể được đưa ra. Trường hợp không giải quyết được với điều trị thông thường, cần phối hợp với một chuyên gia về bệnh truyền nhiễm.

Không có dữ liệu chính thức hướng dẫn thời gian điều trị khi làm thủ thuật dẫn lưu ổ áp-xe qua hướng dẫn siêu âm và / hoặc phẫu thuật triệt để được sử dụng kết hợp với điều trị kháng sinh. Thời gian điều trị kháng sinh từ 10 đến 14 ngày thường có hiệu quả. Tuy nhiên, cần xem xét trên từng cá thể.

Hoàn tất liệu trình điều trị bằng kháng sinh uống ở bệnh nhân ngoại trú là hợp lý ở một số trường hợp chọn lọc. Đối tượng lý tưởng cho điều trị ngoại trú phải đáp ứng các tiêu chí sau: chứng minh cải thiện lâm sàng rõ ràng, dung nạp được thuốc uống và có thể thực hiện theo hướng dẫn theo dõi và các tuân thủ tái khám. Ví dụ về các loại thuốc kháng sinh đường uống được liệt kê trong bảng 1.

Thủ thuật dẫn lưu ít xâm lấn

Từ những năm 1970, các phương pháp khác nhau đã được sử dụng thành công để thoát lưu ổ áp-xe trong ổ bụng mà không cần phẫu thuật. Các thủ thuật được hướng dẫn bởi hoặc siêu âm hoặc chụp cắt lớp vi tính đã được sử dụng và 70-100% tỉ lệ thành công cho thủ

thuật dẫn lưu AXPP đầy đủ đã được báo cáo trong nhiều nghiên cứu loạt ca. Chẳng hạn như, một nghiên cứu hồi cứu các thủ thuật dẫn lưu áp-xe qua hướng dẫn hình ảnh cho 49 phụ nữ AXPP, báo cáo điều trị thành công mà không cần phẫu thuật tiếp theo là 74% bệnh nhân. Ngoài ra, trong một nghiên cứu hồi cứu nhỏ cho thấy rằng thủ thuật dẫn lưu ổ áp-xe qua da phối hợp với kháng sinh có thể mang lại hiệu quả cao hơn và thời gian điều trị ngắn hơn khi so sánh với điều trị kháng sinh đơn thuần.

Các nghiên cứu đã có những tiếp cận giải phẫu khác nhau, kể cả qua da, qua ngả âm đạo hoặc trực tràng. Cách tiếp cận và phương thức sử dụng hình ảnh khác nhau tùy thuộc vào vị trí chính xác của áp-xe, công nghệ sẵn có và kinh nghiệm của các bác sĩ thực hiện phẫu thuật. Chất dịch được hút ra từ ổ áp-xe phải được gửi đến phòng thí nghiệm vi sinh để cấy vi khuẩn hiếu khí và kỵ khí.

Nói chung, các nghiên cứu đã báo cáo tỉ lệ thành công cao hơn (được định nghĩa: cải thiện lâm sàng mà không cần phẫu thuật) đối với những khối có 1 thùy và kích thước nhỏ hơn. Như vậy, bản chất áp-xe đa ổ, phức tạp có thể làm giảm tỉ lệ thành công trong thực hành lâm sàng. Tuy nhiên, cách tiếp cận sáng tạo này có thể được đánh giá thành công cao và sẽ tiếp tục phát triển phổ biến và hiệu quả khi nhiều bác sĩ X-quang có được các kĩ năng cần thiết để thực hiện các thủ thuật và công nghệ X-quang tiếp tục cải thiện hơn.

Trước khi có các phương tiện hình ảnh dẫn đường



hiện đại hơn, bác sĩ phụ khoa dẫn lưu ổ áp-xe vùng chậu qua âm đạo bằng đường rạch cùng đồ sau. Thủ thuật này là thích hợp nhất cho các ổ áp-xe vòm âm đạo sau cắt bỏ tử cung, khối áp-xe này nằm vùng chậu thấp và tách biệt với vách âm đạo trực tràng. Tuy nhiên, vị trí bình thường của một AXPP nằm cao hơn trong khung chậu và làm cho cách tiếp cận dẫn lưu này ít hiệu quả. Một số báo cáo cũng đã nêu lên sự khởi phát của viêm phúc mạc và nhiễm trùng huyết sau khi sử dụng phương pháp này. Như vậy, trong hầu hết phụ nữ với AXPP, phương pháp này cần phải tránh.

Phẫu thuật

Nghi ngờ vỡ ổ AXPP là một trường hợp khẩn cấp đe dọa tính mạng và đòi hỏi phải can thiệp phẫu thuật ngay. Điều trị phẫu thuật được kết hợp với liệu pháp kháng sinh trong những trường hợp này. Những dấu hiệu khác cho sự can thiệp của phẫu thuật được xem xét ở trên.

Phương pháp phẫu thuật

- Mở bụng là phương pháp phẫu thuật được sử dụng bởi hầu hết các bác sĩ phẫu thuật phụ khoa để điều trị AXPP. Quyết định đường rạch da là rất quan trọng, cho phép quan sát toàn bộ vùng chậu. Có thể sử dụng đường rạch da dọc giữa dưới rốn hoặc đường Maylard.
- Một số dữ liệu cho thấy phẫu thuật nội soi có thể được sử dụng thành công, chủ yếu ở những bệnh nhân không có bằng chứng của áp-xe vỡ. Sự lựa chọn giữa nội soi và mở bụng phụ thuộc rất nhiều vào tay nghề của bác sĩ phẫu thuật. Ngay cả ở những bệnh nhân không có bằng chứng của vỡ, phẫu thuật nội soi nên được thực hiện bởi bác sĩ có kinh nghiệm vì điều trị phẫu thuật AXPP thường phức tạp, liên quan đến các cơ quan khác nhau trong ổ bụng và bản chất viêm của các mô liên quan.

Tầm quan trọng khi có sự tham gia của các bác sĩ

phẫu thuật phụ khoa giàu kinh nghiệm là không thể chối cãi. Cho dù mổ mở hay nội soi, những ca AXPP thường có sự biến dạng về giải phẫu mô viêm bở do tiến trình viêm lan rộng. Đôi khi, cần phối hợp với bác sĩ ngoại tổng quát có kinh nghiệm với phẫu thuật ruột. Khi tình trạng lâm sàng cho phép, việc chuẩn bị trước khi mổ ruột được khuyến khích.

Các bước trong phẫu thuật AXPP như sau:

- Xác nhận chẩn đoán AXPP.
- Loại bỏ càng nhiều các khoang áp-xe và mô liên kết viêm / dịch viêm và các mảnh vụn càng tốt.
- Tưới rửa khoang phúc mạc nhiều lần, qua đó, giảm bớt gánh nặng nhiễm trùng cho bệnh nhân.
- Dẫn lưu.

Cấy vi khuẩn kỵ khí và hiếu khí lấy từ khoang phúc mạc khi vào bụng và dịch từ trong khoang áp-xe. Nuôi cấy mô mẫu vật thu thập từ khoang áp-xe có thể cung cấp thông tin vi sinh học chính xác. Tất cả các mô bị loại bỏ phải được gửi giải phẫu bệnh. Điều quan trọng cần lưu ý là AXPP đôi khi kết hợp với bệnh ác tính, đặc biệt là ở phụ nữ sau mãn kinh.

Phương pháp truyền thống đã được thực hiện là cắt hoàn toàn tử cung và hai phần phụ để loại bỏ tất cả các mô bị nhiễm bệnh. Ngày nay, trong một số tình huống, phương pháp cắt bỏ hoàn toàn tử cung và hai phần phụ vẫn là tối ưu.

Những nghiên cứu gần đây đã xác nhận cắt bỏ phần phụ một bên là một cách điều trị thích hợp cho AXPP một bên. Phẫu thuật bảo tồn anàyn không chỉ có thêm lợi ích của việc duy trì khả năng sinh sản và chức năng nội tiết tố mà còn giúp giảm thiểu tỉ lệ bệnh suất do phẫu thuật. Vì vậy, phương pháp phẫu thuật bảo tồn nên được áp dụng trong hầu hết phụ nữ, đặc biệt là ở những người chưa mãn kinh và muốn duy trì khả năng sinh sản.

Ở những bệnh nhân bị bệnh cấp tính và những

người đã đủ con, phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn và hai phần phụ là lựa chọn thông thường. Cách tiếp cận tích cực hơn này đẩy nhanh tiến trình phục hồi hoàn toàn so với các phương pháp phẫu thuật bảo tồn. Ngoài ra, phương pháp này loại bỏ khả năng phẫu thuật lặp lại trong 10-20% phụ nữ đã trải qua phẫu thuật can thiệp bảo tồn.

Với nguy cơ cao của nhiễm trùng vết mổ do bị nhiễm bẩn từ dịch khoang áp-xe chảy ra trong quá trình phẫu thuật, nên sử dụng các biện pháp sau đây:

- Đóng cân với chỉ đơn sợi không tiêu hoặc bằng chỉ tiêu chậm, để hở da và mô dưới da ít nhất là trong giai đoạn hậu phẫu sớm (72 giờ). Vết thương sau đó có thể được xử trí bằng may thì hai. Nhiều bác sĩ phẫu thuật phụ khoa sẽ lựa chọn không may da thì đầu ở những bệnh nhân này và điều này cũng có thể là một lựa chọn hợp lí cho phụ nữ có phẫu thuật AXPP rộng, mặc dù không có bằng chứng trực tiếp cho thấy sự vượt trội của phương pháp đóng da thì một hay thì hai.
- Đặt dẫn lưu kín (ví dụ: Jackson-Pratt) sau mổ cho đến khi bệnh nhân cho thấy sự cải thiện lâm sàng và dịch ra từ dẫn lưu là tối thiểu.

BIẾN CHỨNG

Áp-xe vỡ

Áp-xe phần phụ vỡ xảy ra trong khoảng 15% các trường hợp. Vỡ là một trường hợp khẩn cấp đe dọa tính mạng và cần được điều trị bằng phẫu thuật ngay lập tức.

Nhiễm khuẩn huyết

Nhiễm khuẩn huyết xảy ra trong khoảng 10-20% bệnh nhân với AXPP. Như đã nêu ở trên, ở những bệnh nhân nhiễm trùng huyết và AXPP, can thiệp phẫu thuật là cần thiết để cải thiện kết quả. Chậm trễ trong việc can thiệp phẫu thuật làm cho kết cục lâm sàng xấu đi.

NHỮNG VẤN ĐỀ LÂM SÀNG ĐẶC BIỆT

Dụng cụ tử cung

- Đối với phụ nữ có đặt dụng cụ tử cung (DCTC) bị AXPP nên loại bỏ DCTC khi chẩn đoán của AXPP được khẳng định và bệnh nhân đang điều trị kháng sinh, do mức độ nghiêm trọng của nhiễm trùng. AXPP trên một người phụ nữ có đặt DCTC thường được gắn liền với một mầm bệnh kỵ khí – *Actinomyces israelii*.
- Tổ chức Y tế Thế giới khuyên rằng DCTC có thể được giữ tại chỗ trong khi điều trị cho bệnh viêm vùng chậu, nhưng phương pháp này chưa được xác nhận cho phụ nữ bị AXPP. Không có dữ liệu liên quan đến việc loại bỏ các DCTC tạo điều kiện điều trị ở phụ nữ với AXPP trong sự hiện diện của *Actinomyces* hoặc các sinh vật khác. Tuy nhiên, vì *Actinomyces* ưu tiên phát triển trên các vật đặt bên trong cơ thể và vì phụ nữ với AXPP thường bị nhiễm trùng nặng, nên các chuyên gia khuyên nên loại bỏ DCTC cho phụ nữ bị AXPP.

Phụ nữ sau mãn kinh

- Trong khi phần lớn các AXPP được chẩn đoán ở phụ nữ tuổi sinh sản, cần lưu ý đặc biệt khi AXPP xuất hiện ở phụ nữ sau mãn kinh. Có nghiên cứu loạt ca đã báo cáo rằng có một tỉ lệ cao của bệnh ác tính ở phụ nữ mãn kinh bị AXPP. Chẳng hạn, trong một báo cáo loạt ca, bệnh ác tính đường sinh dục đã được tìm thấy ở 8 trong 17 phụ nữ sau mãn kinh so với 1 trong 76 phụ nữ chưa mãn kinh. Vì vậy, phụ nữ sau mãn kinh với một AXPP cần được tư vấn về khả năng ác tính và sự cần thiết cho việc chuẩn bị đầy đủ trước phẫu thuật.
- Đối với phụ nữ sau mãn kinh với một AXPP được gợi ý, nên phẫu thuật chẩn đoán và điều trị kết hợp với kháng sinh hơn là điều trị đơn thuần với thuốc kháng sinh hoặc một thủ thuật dẫn lưu xâm lấn tối thiểu. Ngoài ra, vùng chậu và ổ bụng nên được khảo sát xem có bằng chứng của bệnh di căn hay không.

Phụ nữ mang thai

AXPP hiếm khi được báo cáo ở những phụ nữ mang thai. Cách tiếp cận với một người phụ nữ mang thai với một AXPP tương tự như phụ nữ không mang thai. Nên cẩn thận khi dùng kháng sinh để tránh các thuốc có khả năng gây quái thai (ví dụ: quinolone). Ngoài ra, các quyết định liên quan đến phẫu thuật sẽ phụ thuộc một phần vào sự an toàn của phẫu thuật ở tuổi thai cụ thể.

TÓM TẮT VÀ KIẾN NGHỊ

- AXPP là một khối viêm liên quan đến ống dẫn trứng, buồng trứng và đôi khi, các cơ quan vùng chậu liền kề khác (ví dụ: ruột, bàng quang). Những áp-xe được tìm thấy phổ biến nhất ở phụ nữ tuổi sinh sản và thường do nhiễm trùng đường sinh dục trên.
- AXPP vỡ xảy ra trong khoảng 15% các trường hợp. Phụ nữ bị nghi ngờ có AXPP vỡ hoặc có biểu hiện dấu hiệu của nhiễm trùng cần phẫu thuật thăm dò ngay lập tức. Mở bụng được xem là cách tốt nhất trong những trường hợp khẩn cấp.
- Nên điều trị bằng liệu pháp kháng sinh đơn thuần cho những người phụ nữ đáp ứng các tiêu chí sau: huyết động ổn định không có dấu hiệu của một AXPP vỡ; khối áp-xe < 9cm; đáp ứng tốt với điều trị kháng sinh và chưa mãn kinh. Điều trị bằng thuốc kháng sinh đơn thuần cũng là hợp lý ở phụ nữ với một khối áp-xe \neq 9cm khi đáp ứng được những tiêu chí còn lại kể trên và người bệnh cần nhận thức được phương pháp này có hiệu quả thấp hơn.
- Tỉ lệ bệnh ác tính phụ khoa đi kèm xuất hiện cao hơn nhiều ở phụ nữ mãn kinh bị AXPP. Đối với phụ nữ sau mãn kinh với một AXPP được gợi ý, nên phẫu thuật chẩn đoán và điều trị kết hợp với kháng sinh hơn là điều trị đơn thuần với thuốc kháng sinh hoặc một thủ thuật dẫn lưu xâm lấn tối thiểu.
- Đối với phụ nữ cho thấy không có sự cải thiện về điều trị kháng sinh đơn thuần, nhưng tiến triển không xấu đi, nên thực hiện thủ thuật ít xâm lấn là dẫn lưu qua hướng dẫn siêu âm. Đối với những

người đang điều trị kháng sinh nhưng diễn tiến lâm sàng ngày càng xấu đi, nên điều trị phẫu thuật. Điều trị kháng sinh cần được duy trì trong sự kết hợp với các biện pháp can thiệp bổ sung.

- Sự lựa chọn một phương pháp mổ mở hoặc nội soi chủ yếu dựa vào kỹ năng, kinh nghiệm và khả năng thực hiện các thao tác phẫu thuật cần thiết của phẫu thuật viên do có sự biến dạng về giải phẫu của khối áp-xe.
- Đối với phụ nữ có đặt DCTC bị AXPP, nên loại bỏ DCTC kết hợp với điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

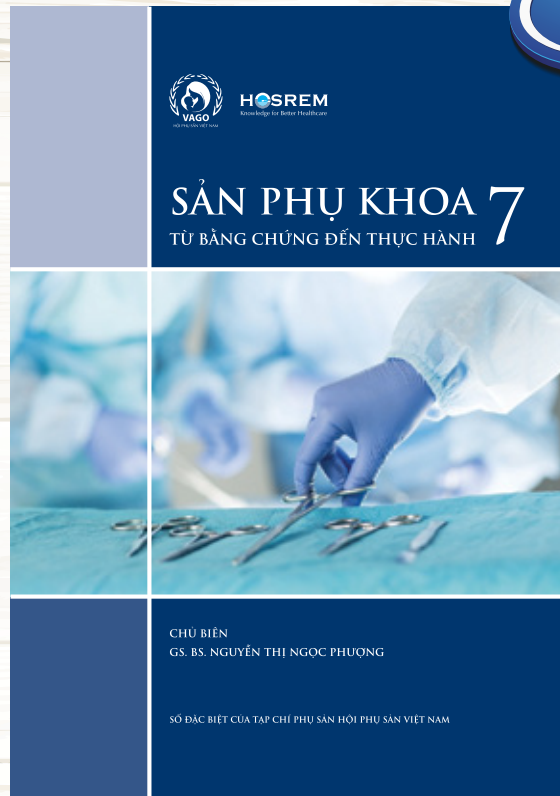
1. An MM, Zou Z, Shen H et al. (2009). Ertapenem versus piperacillin/tazobactam for the treatment of complicated infections: a meta-analysis of randomized controlled trials. BMC Infect Dis; 9:193.
2. Dewitt J, Reining A, Allsworth JE, Peipert JF (2010). Tuboovarian abscesses: is size associated with duration of hospitalization

complications?. Obstet Gynecol Int; 2010:847041.

3. Granberg S, Gjelland K, Ekerhovd E (2009). The management of pelvic abscess. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol; 23:667.
4. Hsu WC, Lee YH, Chang DY (2007). Tubo-ovarian abscess caused by Candida in a woman with an intrauterine device. Gynecol Obstet Invest; 64:14.
5. Itani KM, Wilson SE, Awad SS et al. (2006). Ertapenem versus cefotetan prophylaxis in elective colorectal surgery. N Engl J Med; 355:2640.
6. Lareau SM, Beigi RH (2008). Pelvic inflammatory disease and tubo-ovarian abscess. Infect Dis Clin North Am; 22:693.
7. Levenson RB, Pearson KM, Saokar A et al. (2011). Image-guided drainage of tuboovarian abscesses of gastrointestinal or genitourinary origin: a retrospective analysis. J Vasc Interv Radiol; 22:678.
8. Rosen M, Breitkopf D, Waud K (2009). Tubo-ovarian abscess management options for women who desire fertility. Obstet Gynecol Surv; 64:681.
9. Solomkin JS, Mazuski JE, Bradley JS et al. (2010). Diagnosis and management of complicated intra-abdominal infection in adults and children: guidelines by the Surgical Infection Society and the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis; 50:133.
10. Sweet RL (2009). Soft tissue infection and pelvic abscess. In: Infectious diseases of the female genital tract, 5th ed, Sweet RL, Gibbs RS (Eds), Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia.
11. Workowski KA, Berman S, Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2010). Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010. MMWR Recomm Rep; 59:1.

SÁCH THAM KHẢO

MỚI



www.hosrem.org.vn,

(08) 3836-5079, 0933-456-650

Tài liệu thông tin dành cho cán bộ y tế

Gynoflor[®]

100 triệu vi khuẩn sống lactobacillus + 0.03 mg estriol

**Viên đặt âm đạo -
Giảm tái phát viêm âm đạo**

 **medinova**
SWITZERLAND

Thông tin sản phẩm xin xem trang 2. Số giấy tiếp nhận hồ sơ đăng ký tài liệu thông tin thuốc của Cục Quản lý Dược: 0399/12/QLD-TT, ngày 16 tháng 4 năm 2012. Ngày 13 tháng 03 năm 2017 in tài liệu.

Gynoflor®

Tài liệu thông tin dành cho cán bộ y tế

- 1 Viêm âm đạo do vi khuẩn, nấm Candida
- 2 Viêm teo âm đạo do thiếu hụt estrogen
- 3 Không gây tích tụ estrogen
- 4 Ngăn ngừa/ giảm tái phát viêm âm đạo
- 5 Sử dụng được cho phụ nữ có thai và cho con bú



100 triệu lactobacillus sống + 0,03mg estriol

- Hộp 1 vỉ x 6 viên đặt âm đạo
- Hạn dùng 3 năm

Số Visa: VN-13115-11

Chỉ định điều trị

- Phục hồi vi khuẩn Lactobacillus sau khi điều trị tại chỗ và/hoặc toàn thân bằng các thuốc chống nhiễm khuẩn hoặc hóa liệu pháp.
- Viêm teo âm đạo do thiếu hụt estrogen trong thời kỳ mãn kinh và sau kỳ mãn kinh, hoặc khi điều trị kết hợp với liệu pháp thay thế hormone toàn thân.
- Tiết dịch âm đạo không rõ nguyên nhân hoặc các trường hợp bệnh âm đạo do vi khuẩn và bệnh nấm Candida âm đạo từ nhẹ đến trung bình, trường hợp mà không nhất thiết phải sử dụng liệu pháp kháng khuẩn.
- Một chỉ định thêm có thể áp dụng là điều trị dự phòng các nhiễm khuẩn âm đạo tái phát.

Chống chỉ định

- Quá mẫn cảm với hoạt chất hoặc với bất kỳ thành phần nào của tá dược.
- Những thay đổi ác tính (khối u phụ thuộc estrogen) ở vú, tử cung hoặc âm đạo.
- Viêm nội mạc tử cung (ngại ngờ hoặc rõ rệt).
- Xuất huyết âm đạo không rõ nguyên nhân.
- Những thiếu nữ chưa đạt được sự trưởng thành về sinh dục không nên dùng chế phẩm này.

Tác dụng không mong muốn

Rối loạn toàn thân và tình trạng tại chỗ đặt thuốc
Ngứa hoặc nóng rất nhẹ (1,6%) có thể gặp ngay sau khi đặt **Gynoflor®**. Trong hiếm trường hợp, các phản ứng không dung nạp như đó, ngứa đã được báo cáo. Đã ghi nhận một trường hợp dị ứng với Lactobacillus lyophilisate chứa trong **Gynoflor®**. Nếu uống nhầm **Gynoflor®**, không có khả năng xảy ra tác dụng phụ nào.

Tương tác với các thuốc khác

Lactobacillus acidophilus nhạy cảm với các thuốc chống nhiễm khuẩn khác nhau (tại chỗ hoặc toàn thân). Điều trị đồng thời với các thuốc này có thể dẫn đến giảm hiệu quả của **Gynoflor®**. Bệnh nhân nên thông báo cho bác sỹ hoặc dược sỹ nếu đang dùng hoặc mới đây đã dùng bất kỳ thuốc nào khác, ngay cả thuốc không phải kê đơn.

Liều lượng và cách dùng

Điều trị phục hồi vi khuẩn Lactobacillus, tiết dịch âm đạo không rõ nguyên nhân, các trường hợp nhiễm khuẩn âm đạo từ nhẹ đến trung bình:
1-2 viên đặt âm đạo/ngày trong 6-12 ngày.
Viên đặt âm đạo nên được đưa sâu vào âm đạo vào buổi tối trước khi đi ngủ. Tốt nhất là thực hiện ở tư thế nằm với cẳng chân hơi gấp lại. Việc điều trị nên ngừng khi đang có kinh nguyệt và sau đó tiếp tục trở lại.
Viêm teo âm đạo:
Trong trường hợp viêm teo âm đạo, liều dùng là 1 viên đặt âm đạo/ngày trong 6-12 ngày, sau đó dùng liều duy trì 1 viên đặt âm đạo, 1-2 ngày/tuần.

Có thai và cho con bú

Gynoflor® có thể dùng trong khi có thai và cho con bú. Tuy nhiên, cũng như các thuốc nói chung, cần thận trọng khi kê đơn **Gynoflor®** cho phụ nữ có thai trong ba tháng đầu. Các dữ liệu trên một số lượng nhỏ người có thai (54) cho thấy không có tác dụng phụ nào của estriol và *Lactobacillus acidophilus* trên phụ nữ có thai hoặc trên sức khỏe của thai nhi và trẻ sơ sinh. Hơn nữa, **Gynoflor®** đã được dùng trên 15 năm mà không có tác dụng phụ rõ ràng.



Mọi thông tin chi tiết xin liên hệ:
Tòa nhà Etown 2, Tầng 2
354 Cộng Hòa, Q. Tân Bình - TP. HCM
Phone: (08) 38125 848 - Ext 379
Fax: (08) 38125 776

Nhà phân phối:
VIMEDIMEX Bình Dương
Số 18L 1-2 VSIP II, Đường số 3,
KCN Việt Nam-Singapore 2
Thủ Dầu Một, Bình Dương

Sản xuất bởi:
Haupt Pharma Amareg GmbH
Donaustr. 14
93055 Regensburg
Germany

Chợ:
Medinova Ltd.
Eggbüchler, 14
CH-8052 Zurich
Switzerland

medinova
SWITZERLAND