

**MÔ TẢ HÌNH THÁI TỔN THƯƠNG VÀ CÁC  
TÁC NHÂN GÂY VIÊM PHẦN PHỤ Ở BỆNH  
NHÂN MỖ NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN PHỤ  
SẢN TRUNG ƯƠNG 2015 – 2016**

*Đình Quốc Hưng<sup>1</sup>, Lê Thị Thanh Vân<sup>2</sup>, Vũ Thanh Vân<sup>3</sup>*

# ĐẶT VẤN ĐỀ

- ▶ Viêm phần phụ (VPP) là loại nhiễm khuẩn khá phổ biến
- ▶ Điều trị nội khoa VPP: phối hợp kháng sinh liều cao, dễ tái diễn → VPP mạn
- ▶ Phẫu thuật nội soi trong điều trị viêm phần phụ rất có giá trị trong đánh giá và xử trí tổn thương cũng như tìm được tác nhân gây viêm phần phụ chính xác góp phần chẩn đoán và tiên lượng tốt cho bệnh nhân đặc biệt là những bệnh nhân còn nhu cầu sinh đẻ.

# ĐẶT VẤN ĐỀ

- ▶ Viêm phần phụ thường do lây truyền qua đường tình dục, sau thủ thuật nạo hút thai, để không đảm bảo vô khuẩn.
- ▶ Tác nhân vi sinh hay gặp là lậu cầu, lao, tụ cầu, liên cầu. Viêm phần phụ có hai thể là viêm phần phụ cấp và viêm phần phụ mạn.
- ▶ Tại bệnh viện Phụ Sản Trung Ương từ năm 2007 - 2010 trong 425 trường hợp viêm phần phụ có 129 ca phải điều trị bằng mổ nội soi chiếm 30,35%.

# MỤC TIÊU

*“Mô tả hình thái tổn thương và tác nhân gây viêm phần phụ ở bệnh nhân mổ nội soi tại bệnh viện Phụ Sản Trung Ương 2015 – 2016”*

# TỔNG QUAN

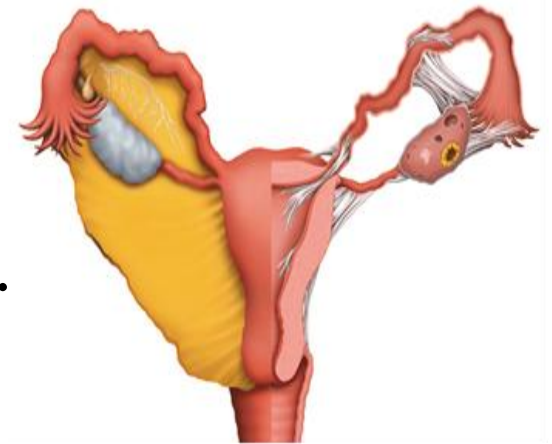
## Tổn thương đại thể của VPP

### ▶ *Vòi tử cung:*

Vòi tử cung viêm đỏ, phù nề.

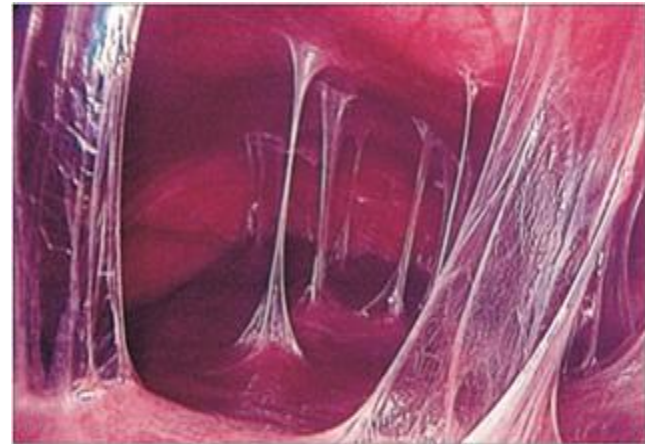
Viêm dính các tua vòi: các mức độ

- + Chít hẹp vòi TC.
- + Dính hoàn toàn → túi bịt.
- + Dính vào thành chậu hoặc cùng đồ sau.
- + Dính với các tạng trong tiểu khung.
- + Giãn → ứ nước.
- + Giãn → ứ mủ.
- + Khối áp-xe vòi buồng trứng



# TỔNG QUAN

- ▶ ***Tổn thương buồng trứng và tiểu khung:***
  - Viêm dính với vòi TC.
  - Viêm dính với các tạng trong tiểu khung
  - Viêm dính → nang tồn dư, nang không phóng noãn, buồng trứng xơ hóa.
  - Viêm dính → bề mặt gan có thể gây ra hội chứng Fitz - Hugh – Curtis.



# TỔNG QUAN

## Cơ chế bệnh sinh

- ▶ VPP : bệnh nhiễm đa khuẩn phức tạp
- ▶ Mầm bệnh → cổ tử cung hoặc âm đạo
- ▶ Ít phổ biến hơn là nhiễm trùng lân cận như viêm ruột thừa hoặc viêm túi thừa.

Tác nhân gây bệnh: - *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* (60 - 75%)

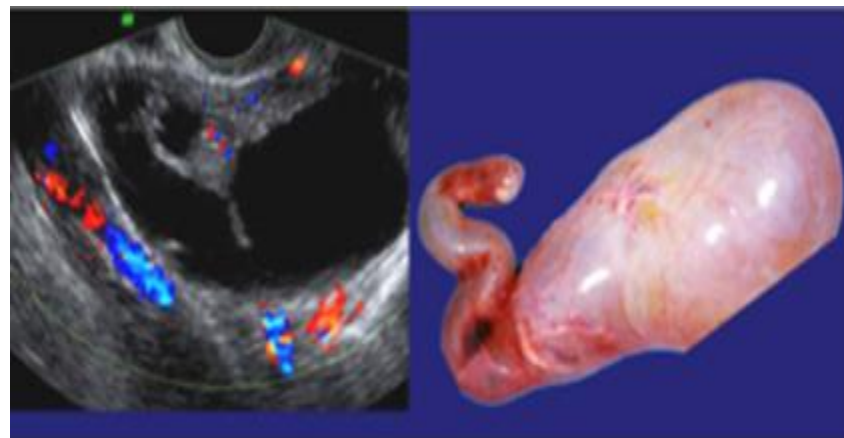
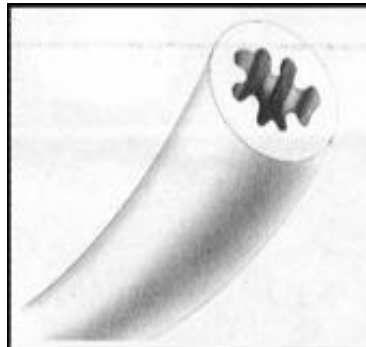
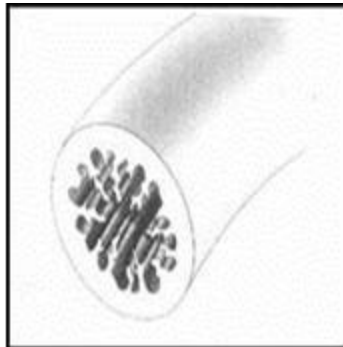
- Ít phổ biến hơn : *Mycoplasma*

*hominis*

*Haemophilus influenzae*, *Streptococcus Pyogenes*  
*Bacteroides* và *Peptostreptococcus*

# CẬN LÂM SÀNG

- ▶ Chẩn đoán hình ảnh rất có giá trị.
- ▶ Siêu âm có thể thấy hình ảnh giãn vòi tử cung.





# CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH

## Chụp cắt lớp

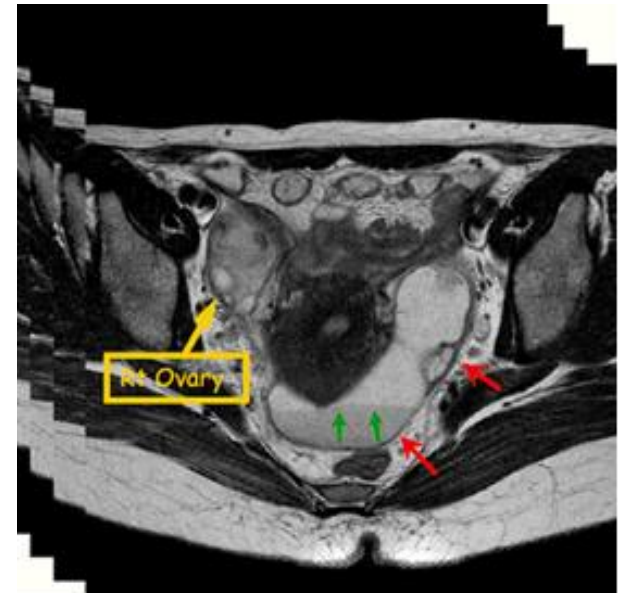
- ▶ Giai đoạn sớm
  - Dây chằng TC cùng bị dày lên
  - Vòi TC dày
  - BT to lên
  - Niêm mạc TC dày lên và có dịch
- ▶ Giai đoạn muộn:
  - Có ứ mủ TC và áp-xe phần phụ
- ▶ Cấu trúc bên cạnh: tắc ruột, phù thận hay ứ nước thận, hội chứng Fitz – Hugh – Curtis



# CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH

## Chụp cộng hưởng từ

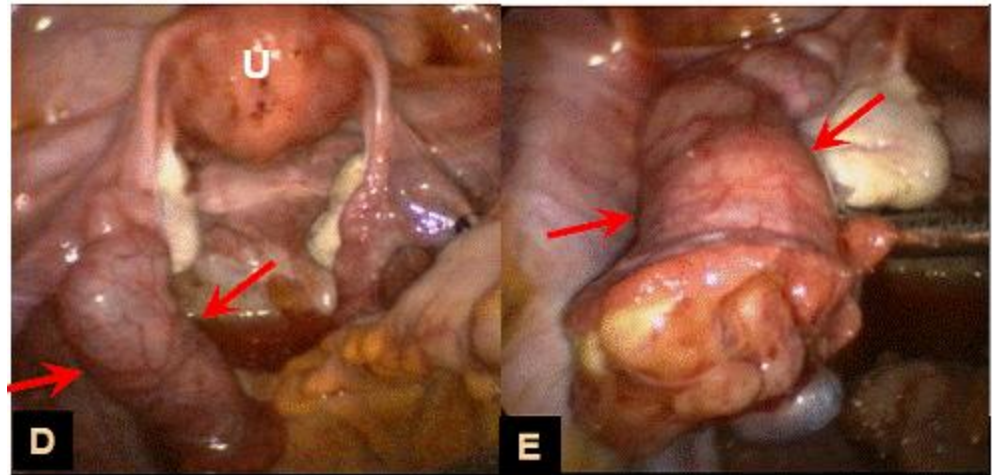
- ▶ Hình ảnh MRI trong chẩn đoán VPP tương tự như chụp CT
- ▶ MRI có thể phân biệt ứ máu vòi TC và ứ mủ vòi TC. phân biệt áp xe phần phụ và khối u buồng trứng vì tương phản mô cao.



# NỘI SOI

## Vai trò của nội soi trong viêm phần phụ

- ▶ Nội soi là tiêu chuẩn vàng
- ▶ Nội soi có sự xâm lấn nên không được áp dụng thường xuyên
- ▶ Chỉ định :
  - Không đáp ứng điều trị kháng sinh tại cơ sở y tế từ 48 – 72 giờ
  - Cần dẫn lưu dịch ở ổ áp xe do VPP
  - Cắt sẹo dính do đau



# ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

## ▶ Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

Khoa Sản Nhiễm Trùng và khoa Phụ Ngoại bệnh viện PSTU.

Thời gian nghiên cứu: từ 01/2015 đến 12/2016.

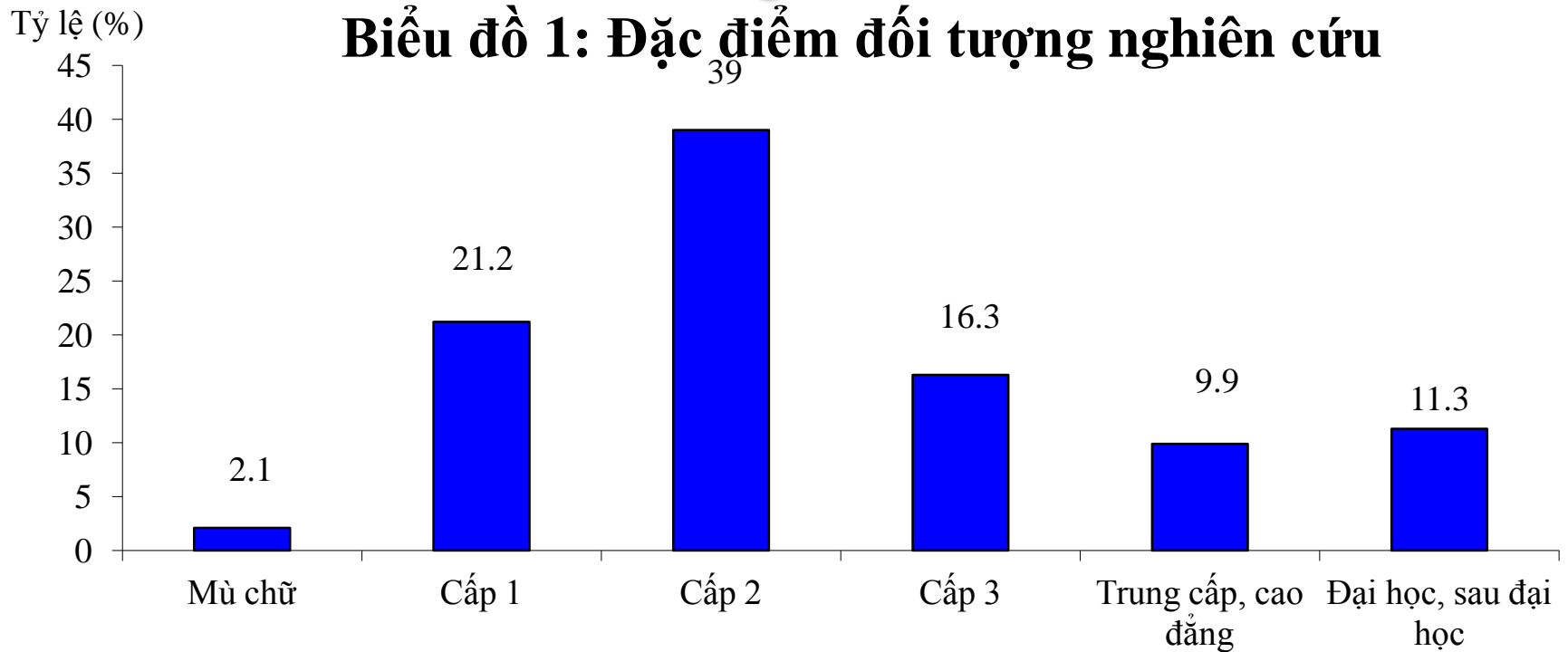
## ▶ Đối tượng nghiên cứu:

Bệnh nhân được chẩn đoán viêm phần phụ có chỉ định mổ sau khi điều trị nội khoa nhưng kích thích khối viêm giảm ít hoặc viêm phần phụ mãn.

▶ Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang sử dụng phương pháp định lượng, kết hợp phân tích.

# KẾT QUẢ

**Biểu đồ 1: Đặc điểm đối tượng nghiên cứu**

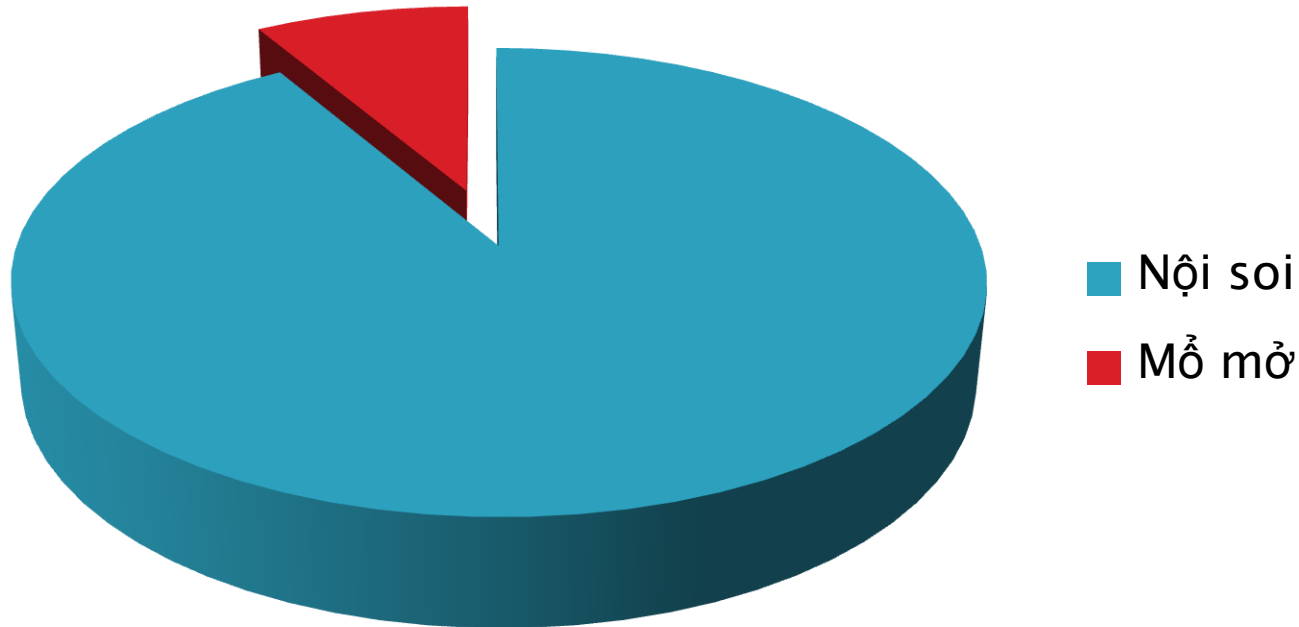


Viêm phần phụ gặp chủ yếu ở bệnh nhân độ tuổi sinh sản từ 20 – 40 tuổi chiếm 56,7%. Độ tuổi 41 – 50 có tỷ lệ viêm phần phụ khá cao chiếm 32,6%.

Bệnh nhân có trình độ học vấn từ cấp 2 trở lên chiếm gần 80%.

# KẾT QUẢ

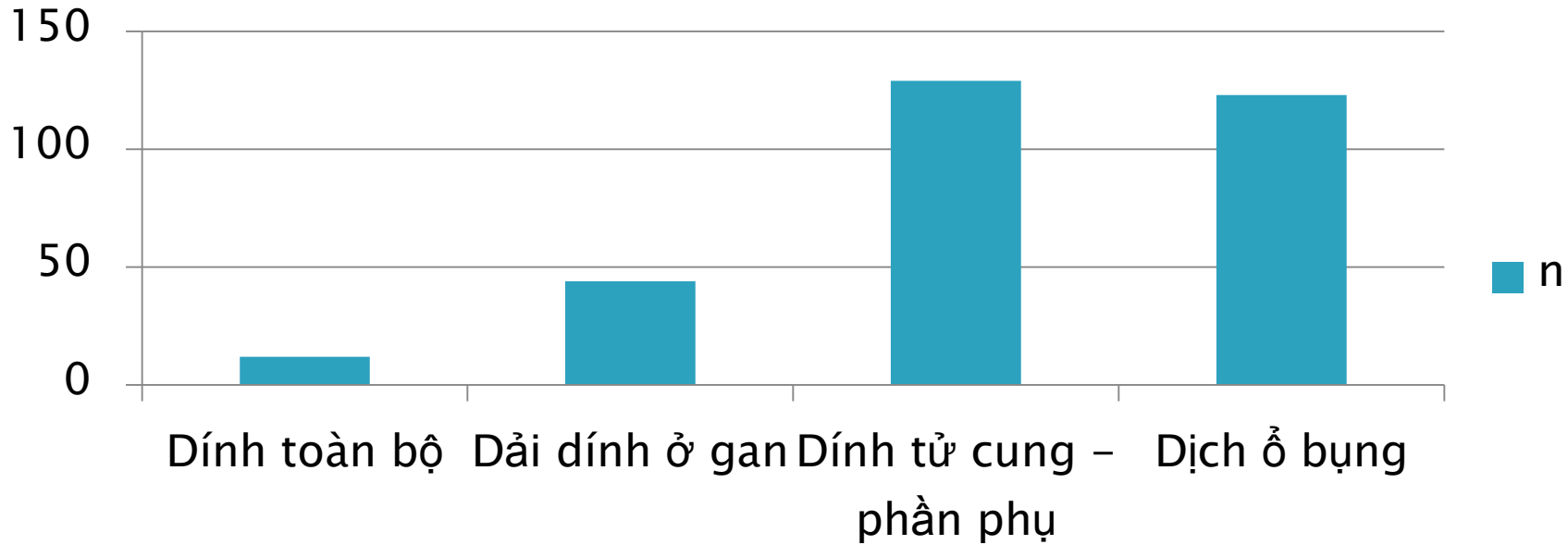
**Biểu đồ 2: Tỷ lệ chuyển mổ mổ**



Trong 141 bệnh nhân viêm phần phụ được chỉ định mổ nội soi thì có 12 bệnh nhân (8,5%) phải chuyển mổ mổ do ổ bụng quá dính không thể quan sát được tổn thương.

# KẾT QUẢ

## Biểu đồ 3: Tình trạng ổ bụng khi mổ nội soi



- 129 bệnh nhân mổ nội soi :44 có tổn thương dính ở gan dạng Clamydia (34,1%). 100% bệnh nhân có dính tử cung, phần phụ.

- 123 bệnh nhân có dịch ổ bụng để cấy vi khuẩn chiếm tỷ lệ 95%

# KẾT QUẢ

## Bảng 1: Đặc điểm khối viêm phần phụ

	Nhóm	Số lượng	Tỷ lệ %
Vị trí khối viêm	Bên phải	37	26,2
	Bên trái	29	20,6
	Hai bên	75	53,2
Tính chất	Ứ nước	44	31,2
	Ứ mũ	66	46,8
	Abcess	31	22
Kích thước	< 2cm	1	0,7
	2 - 5cm	65	46,1
	>5cm	75	53,2



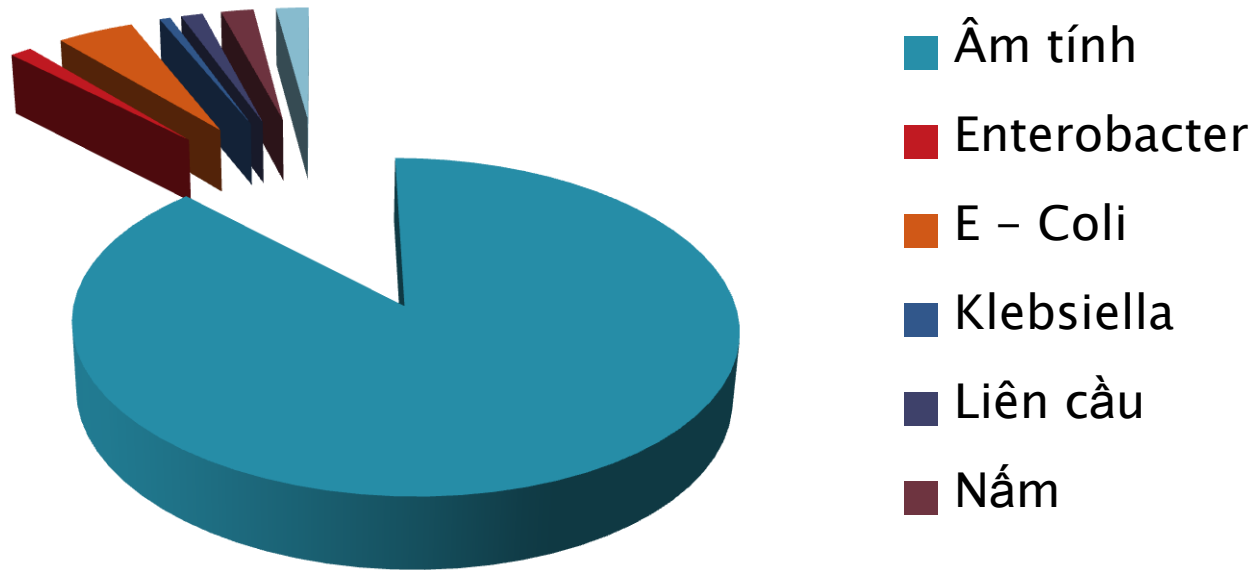
# KẾT QUẢ

## Bảng 2: Cách xử trí khi phẫu thuật

Cách xử trí	Số lượng	Tỷ lệ %
Mở thông vòi tử cung	44	31,2
Gỡ dính	141	100
Dẫn lưu	96	68
Cắt 1 vòi tử cung	32	22,7
Cắt 2 vòi tử cung	48	34
Cắt 2 phần phụ	13	9,2
Cắt tử cung hoàn toàn + 2 phần phụ	4	2,8
Rửa bụng	141	100

# KẾT QUẢ

**Biểu đồ 4: Tỷ lệ vi khuẩn cấy dịch ổ bụng**



85.3% bệnh nhân cấy dịch ổ bụng không thấy vi khuẩn  
Hay gặp nhất là Ecoli chiếm 5.7%.

# BÀN LUẬN

- ▶ Viêm phần phụ gặp chủ yếu ở bệnh nhân 20 – 40 tuổi: 56,7%, độ tuổi có hoạt động tình dục mạnh nhất nên dễ mắc các bệnh viêm nhiễm đường sinh dục. Độ tuổi 41 – 50 có tỷ lệ viêm phần phụ khá cao chiếm 32,6%, thường vào viện với các triệu chứng nhiễm trùng rầm rộ.
- ▶ Không có mối liên hệ giữa trình độ văn hóa và viêm phần phụ.
- ▶ Trong 141 bệnh nhân chỉ định mổ nội soi thì 12 bệnh nhân phải chuyển mổ mở do ổ bụng quá dính. Nguyễn Lê Minh  
18/129

# BÀN LUẬN

**Tình trạng ổ bụng** 12 bệnh nhân phải chuyển mổ mở gặp 3 trường hợp lao ổ bụng, 9 trường hợp tạo khối abscess phần phụ dính chặt với tử cung, ruột → chụp MRI nếu lâm sàng khối ranh giới không rõ (5/12)

- ▶ 34,1 % có dải dính ở gan dạng Chlamydia
- ▶ 53,2% bệnh nhân đều có khối ở 2 bên phần phụ
- ▶ 46,8% là ứ mủ vòi TC (LS: nhiễm trùng rõ, dùng kháng sinh không khỏi). Ứ mủ và abscess phần phụ: xử trí triệt để bằng cắt phần phụ, rửa bụng, dẫn lưu. Không có trường hợp nào có biến chứng sau mổ.
- ▶ Các trường hợp ứ nước vòi tử cung rất dễ nhầm với u buồng trứng, (LS không rành rộ, khám phụ khoa, vô sinh). Ứ nước vòi tử cung chỉ định mổ thông trong các trường hợp kích thước khối <3cm, bệnh nhân chưa có đủ con.

# BÀN LUẬN

## **Phân lập vi khuẩn gây bệnh:**

- ▶ 123 bệnh nhân khi mổ có dịch ổ bụng sẽ được lấy dịch nuôi cấy vi khuẩn
- ▶ 85.3% bệnh nhân cấy dịch ổ bụng không thấy vi khuẩn, kết quả này do tất cả bệnh nhân đều dùng kháng sinh liều cao trước mổ.
- ▶ Hay gặp nhất là Ecoli chiếm 5.7%.
- ▶ Các vi khuẩn Enterobacter, Klebsiella, liên cầu, nấm, trực khuẩn mủ xanh chiếm tỷ lệ thấp và không có sự khác biệt do phân lập các vi khuẩn này khá phức tạp.

# KẾT LUẬN

- Mô nội soi viêm phần phụ thì chiếm đa số là khối viêm có kích thước lớn >3cm chiếm 99,3%, khối 2 bên tử cung chiếm 53,2% và ứ mủ vòi tử cung chiếm 46,3%.
- 100% bệnh nhân được gỡ dính, rửa ổ bụng. Dẫn lưu trong các trường hợp ứ mủ, abscess vòi tử cung chiếm 68%.
- 34,1% bệnh nhân có tổn thương dính ở gan dạng Chlamydia.
- Hay gặp nhất là E.Coli
- Chỉ định mở thông vòi tử cung áp dụng trong những trường hợp ứ nước vòi tử cung, bệnh nhân còn nguyện vọng sinh đẻ. Các trường hợp khác sẽ chỉ định cắt vòi tử cung 100%. Cắt tử cung, buồng trứng kết hợp nếu bệnh nhân lớn tuổi, khối abscess quá lớn, kèm u xơ tử cung.

# TRÂN TRỌNG CẢM ƠN



Thank You

123R

