

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHẦN PHỤ ĐƯỢC PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THANH HÓA TRONG 3 NĂM 2021 – 2023

Nguyễn Văn Thương¹, Lê Thị Thanh Minh¹,
Nguyễn Mạnh Thắng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả điều trị viêm phần phụ được phẫu thuật tại Bệnh viện phụ sản Thanh Hóa. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu trên 159 bệnh nhân viêm phần phụ được phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ sản Thanh Hóa từ 1/2021 đến 12/2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $38,7 \pm 8,4$ tuổi; Tỷ lệ mổ nội soi (71,1%), mổ mở (28,9%). Tổn thương hay gặp nhất là vòi tử cung viêm dính với (99,4%). Các hình thái tổn thương VTC cũng có tỷ lệ cao: ứ mủ (95,6%), dính tiểu khung (86,2%). Can thiệp trong phẫu thuật như rửa ổ bụng (100,0%), gỡ dính (98,7%). (84,3%) được đặt dẫn lưu ổ bụng sau mổ. Thời gian trung bình mổ mở là $93,7 \pm 51,1$ phút, mổ nội soi $65,8 \pm 25,4$ phút. Thời gian hậu phẫu trung bình $6,4 \pm 2,0$ ngày. Tất cả bệnh nhân được điều trị kháng sinh trước phẫu thuật. Biến chứng trong và sau phẫu thuật (6,9%). **Từ khóa:** Viêm phần phụ

SUMMARY

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PELVICINFLAMMATORY DISEASE AT THANH HOA OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL IN 3 YEARS 2021 - 2023

Objective: Review the results of treatment for Pelvic Inflammatory Disease operated at Thanh Hoa Obstetrics and Gynecology Hospital. **Methods:** A retrospective description study of 159 PID patients operated at Thanh Hoa Obstetrics and Gynecology Hospital from January 2021 to December 2023. **Results:** The mean age was 38.7 ± 8.4 years. The prevalence of laparoscopy (71.1%) and laparotomy (28.9%). The most common lesion was inflammation of the fallopian tube (99.4%). The common fallopian tube lesions were: pus retention (95.6%), pelvic adhesions (86.2%). Surgical interventions such as abdominal lavage (100.0%), removing adhesion (98.7%), abdominal drainage (84.3%). The average time of open surgery was 93.7 ± 51.1 minutes; laparoscopic surgery was 65.8 ± 25.4 minutes. The average postoperative time was 6.4 ± 2.0 days. All patients received preoperative antibiotic treatment. Complications during and after surgery were (6.9%). **Keywords:** Pelvic Inflammatory Disease.

¹Bệnh viện Phụ Sản Thanh Hóa

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Thương

Email: vannhuthuong95th@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.9.2024

Ngày duyệt bài: 17.10.2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phần phụ là tình trạng nhiễm khuẩn vòi tử cung, buồng trứng hay hệ thống dây chằng quanh tử cung và vòi tử cung. Bệnh lý này thường hay gặp ở phụ nữ trong độ tuổi hoạt động tình dục và độ tuổi sinh đẻ. Nếu không được điều trị kịp thời và tích cực viêm phần phụ sẽ để lại những tổn thương ở vòi tử cung, buồng trứng và các mô lân cận, dẫn tới hậu quả và biến chứng nghiêm trọng như đau tiểu khung (18%), tắc hai vòi tử cung, dẫn đến vô sinh do vòi (20%) hay chửa ngoài tử cung (9%), ảnh hưởng đến sức khỏe sinh sản của người phụ nữ. Điều trị viêm phần phụ theo quan điểm trước đây chủ yếu là điều trị nội khoa với việc sử dụng liệu pháp kháng sinh. Thường dùng kháng sinh phối hợp, dựa trên kết quả kháng sinh đồ. Chỉ định can thiệp ngoại khoa trong các trường hợp mổ cấp cứu vì các biến chứng như vỡ khối áp xe vòi buồng trứng gây viêm phúc mạc, hoặc điều trị nội không kết quả.

Bệnh viện Phụ sản Thanh Hóa trực thuộc sở y tế Thanh Hóa, trong những năm gần đây bệnh viện tiếp nhận và điều trị viêm phần phụ ngày càng nhiều, đặc biệt những bệnh nhân nặng có chỉ định phẫu thuật, với mong muốn tìm hiểu thêm về bệnh lý này cũng như nhìn lại kết quả điều trị phẫu thuật viêm phần phụ tại Bệnh viện phụ sản Thanh Hóa, nhằm rút kinh nghiệm, nâng cao hiệu quả điều trị phẫu thuật viêm phần phụ. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục đích nhận xét kết quả điều trị của bệnh nhân viêm phần phụ được phẫu thuật tại Bệnh viện Phụ sản Thanh Hóa trong 3 năm 2021 – 2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 159 bệnh nhân được chẩn đoán sau mổ là viêm phần phụ tại Bệnh viện phụ sản Thanh Hóa

Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả bệnh án của bệnh nhân được chẩn đoán sau mổ là viêm phần phụ tại Bệnh viện Phụ sản Thanh Hóa trong 3 năm từ tháng 1/2021 – tháng 12/2023

Tiêu chuẩn loại trừ: Các bệnh án thiếu các thông tin phục vụ nghiên cứu. Bệnh án phẫu thuật vô sinh.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu

Cỡ mẫu: Chọn mẫu không xác suất với 159 bệnh nhân.

2.3. Phương pháp thu thập xử lý số liệu: Tất cả bệnh án của bệnh nhân trong tiêu chuẩn nghiên cứu tại Bệnh viện phụ sản Thanh Hóa được thu thập dựa trên các biến số nghiên cứu đã được tạo trên bệnh án nghiên cứu. Tất cả các phân tích thống kê được thực hiện bằng phần mềm SPSS 20.0 (SPSS Inc., Chicago, IL).

2.4. Biến số và chỉ số trong nghiên cứu: (i). Đặc điểm chung như tuổi, (ii). Tiền sử sản phụ khoa, tiền sử phẫu thuật ổ bụng, (iii). Chẩn đoán, Điều trị.

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Đây là một nghiên cứu mô tả hồi cứu, chỉ sử dụng trên hồ sơ bệnh án. Nghiên cứu không can thiệp trực tiếp lên đối tượng nên không ảnh hưởng tới sức khỏe của bệnh nhân, không vi phạm đạo đức nghiên cứu. Các thông tin của người bệnh đều được mã hóa và giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tuổi trung bình $38,7 \pm 8,4$. Tuổi thấp nhất 19 tuổi. Tuổi cao nhất 53 tuổi. Bệnh nhân chủ yếu nhóm tuổi từ 31 – 40 tuổi. Tiền sử sản khoa: Chưa sinh (9,4%), sinh 1 lần (14,5%). Sinh 2 lần (57,2%) Sinh ≥ 3 lần (18,9%). Tiền sử viêm âm đạo, cổ tử cung (67,9%), viêm phần phụ (39,6%) Đặt dụng cụ tử cung (59,7%). nạo hút thai (39,6%). Chụp phim tử cung - vòi tử cung có (11,9%). Mổ đẻ (20,8%), mổ phụ khoa (9,4%) và mổ ngoại khoa (6,3%).

Bảng 1. Phối hợp kháng sinh và thời gian điều trị trước phẫu thuật

| Đặc điểm | n | % |
|--|------------|------------|
| Kháng sinh trước phẫu thuật | | |
| Một nhóm kháng sinh | 44 | 27,7 |
| Hai nhóm kháng sinh | 115 | 72,3 |
| Thời gian điều trị trước phẫu thuật | | |
| < 3 ngày | 88 | 55,3 |
| ≥ 3 ngày | 71 | 44,7 |
| Tổng | 159 | 100 |

Điều trị kháng sinh trước phẫu thuật (100,0%). Điều trị <3 ngày (55,3%), ≥ 3 ngày (44,7%). Phối hợp hai nhóm kháng sinh chiếm (72,3%). một nhóm kháng sinh chiếm (27,7%).

Bảng 2. Chỉ định trước mổ và Phương pháp phẫu thuật

| Đặc điểm | n | % |
|-------------------------------------|----|------|
| Chỉ định trước mổ | | |
| VPP cấp điều trị nội không kết quả | 91 | 57,2 |
| VPP mạn tính | 62 | 39,0 |
| Viêm phần phụ chưa loại trừ bệnh lý | 6 | 3,8 |

| buồng trứng | | |
|-------------------------------|------------|------------|
| Phương pháp phẫu thuật | | |
| Mổ nội soi | 113 | 71,1 |
| Mổ mở | 46 | 28,9 |
| Tổng | 159 | 100 |

Chẩn trước mổ; Viêm phần phụ cấp điều trị nội khoa nhưng không có kết quả (57,2%), viêm phần phụ mạn (39,0%). Viêm phần phụ chưa loại trừ bệnh lý buồng trứng chiếm (3,8%). Mổ nội soi (71,1%), mổ mở (28,9%).

Bảng 3. Các tổn thương và can thiệp trong phẫu thuật

| Tổn thương trong phẫu thuật | n | % | |
|-----------------------------------|-------------|------|------|
| Dính tiểu khung | 138 | 86,2 | |
| VTC viêm dính | 158 | 99,4 | |
| VTC ứ mủ | 152 | 95,6 | |
| VTC ứ nước | 7 | 4,4 | |
| Dính ruột | 64 | 40,3 | |
| Dải dính mặt gan | 30 | 18,9 | |
| Can thiệp trong phẫu thuật | | | |
| Gỡ dính | 157 | 98,7 | |
| Rửa ổ bụng | 159 | 100 | |
| Mở thông VTC | 7 | 4,4 | |
| Dẫn lưu ổ bụng | 134 | 84,3 | |
| Cắt | 1 VTC | 38 | 23,9 |
| | 2 VTC | 69 | 45,3 |
| | Phần phụ | 45 | 28,3 |
| | Cắt tử cung | 18 | 11,3 |

Tổn thương hay gặp nhất là vòi tử cung viêm (99,4%). Vòi tử cung ứ mủ (95,6%), dính tiểu khung (86,2%), dính ruột (40,3%), dính gan (18,9%), vòi tử cung ứ nước (4,4%). Can thiệp gặp nhiều nhất là rửa ổ bụng chiếm (100%) và gỡ dính (98,7%), dẫn lưu ổ bụng sau (84,3). Cắt 2 VTC (45,3%). Cắt phần phụ chiếm (28,3%), cắt tử cung có (11,3%)

Bảng 4. Thời gian phẫu thuật trung bình và thời gian hậu phẫu

| Thời gian phẫu thuật TB (phút) | \bar{X} | SD | Min | Max |
|----------------------------------|-----------|------|-----|-----|
| Mổ mở | 93,7 | 51.1 | 45 | 305 |
| Nội soi | 65,8 | 25.4 | 35 | 205 |
| Thời gian hậu phẫu (ngày) | | | | |
| Thời gian | 6,4 | 2,0 | 4 | 19 |
| Mổ mở | 7,9 | 2,8 | 5 | 19 |
| Nội soi | 5,9 | 1,2 | 4 | 11 |

Thời gian phẫu thuật trung bình mổ mở là $93,7 \pm 51,1$ phút, nội soi là $65,8 \pm 25,4$ phút. Thời gian hậu phẫu trung bình $6,4 \pm 2,0$ ngày, nhanh nhất là 4 ngày và lâu nhất là 19 ngày.

Bảng 5. Đặt dẫn lưu, thời gian lưu và kháng sinh sau mổ

| Đặc điểm | n | % |
|---------------------------|---|---|
| Đặt dẫn lưu ổ bụng | | |

| | | |
|--------------------------|------------|------------|
| Có đặt dẫn lưu | 134/159 | 84,3/100 |
| Không đặt dẫn lưu | 25 | 15,7 |
| lưu ≤ 3 ngày | 112 | 86,2 |
| Lưu > 3 ngày | 18 | 13,8 |
| Kháng sinh sau mổ | | |
| Một nhóm | 29 | 18,2 |
| Hai nhóm | 102 | 64,2 |
| Ba nhóm | 28 | 17,6 |
| Tổng | 159 | 100 |

Bệnh nhân được đặt dẫn lưu (84,3%). Thời gian lưu ≤ 3 ngày (86,2%). Nhóm dùng phối hợp 2 kháng sinh với 102 trường hợp chiếm tỷ lệ cao nhất (64,2 %). Nhóm dùng một nhóm kháng sinh (18,2%). Thấp nhất là nhóm phối hợp 3 nhóm kháng sinh (17,6%).

Bảng 6. Các tổn thương và biến chứng trong và phẫu thuật

| Biến chứng | n | % |
|----------------------|-----------|------------|
| Chảy máu | 1 | 0,6 |
| Tổn thương tạng khác | 2 | 1,2 |
| Nhiễm trùng vết mổ | 6 | 3,8 |
| Tắc ruột sau mổ | 2 | 1,2 |
| Tổng | 11 | 6,9 |

Có 11 hợp xảy ra biến chứng chiếm 6,9%. Tất cả bệnh nhân này đều là mổ mở.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình 38,7 ± 8,4 tuổi. Tuổi nhỏ nhất là 19 tuổi và lớn nhất 53 tuổi. Bệnh nhân chủ yếu nhóm tuổi từ 31 – 40 tuổi (39,6%). Nhóm tuổi 41 – 50 tuổi (36,5%), nhóm tuổi từ 21 – 30 tuổi (17,6%), có 9 bệnh nhân > 50 tuổi (5,7%), gặp ít nhất nhóm < 21 tuổi (0,6%). Kết quả này cũng tương tự nghiên cứu Trần Thị Phương Linh tuổi trung bình 38,9 ± 9,0 tuổi, trẻ tuổi nhất 18 tuổi, lớn tuổi nhất 55 tuổi, nhóm tuổi hay gặp nhất là từ 31 - 40 tuổi chiếm (38,4%), nhóm 41 – 50 tuổi chiếm (38,4%), nhóm tuổi từ 21 – 30 tuổi chiếm (13,7%)¹. Có thể thấy độ tuổi trung bình và nhóm tuổi hay gặp nhất thuộc độ tuổi hoạt động tình dục và sinh sản của phụ nữ, có nhiều yếu tố nguy cơ như quan hệ tình dục không an toàn, nạo hút thai, đặt dụng cụ tử cung...dễ dẫn đến viêm phần phụ. Tỷ lệ viêm phần phụ gặp ở nhóm bệnh nhân đã sinh con nhiều hơn nhóm chưa sinh con. Điều này có thể liên quan đến tiền sử sinh đẻ, các can thiệp buồng tử cung, tình trạng nạo hút thai, sử dụng dụng cụ tử cung để tránh thai. Trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân sinh 2 con (57,2%), sinh ≥ 3 con (18,9%), chưa sinh con và sinh 1 con (9,4%) và (14,5%). Tiền sử viêm nhiễm bao gồm viêm âm đạo, cổ tử cung (67,9%), viêm phần phụ (39,6%). Nhóm có tiền

sử đặt dụng cụ tử cung là (59,7 %), Theo CDC thì đặt dụng cụ tử cung là một trong những nguyên nhân dẫn tới viêm tiểu khung². Nhóm nạo hút thai chiếm (36,9%), tỷ lệ có thai ngoài ý muốn cao dẫn tới hậu quả phải tiến hành các biện pháp can thiệp vào buồng tử cung. Đó là một trong những yếu tố gây viêm nhiễm sinh dục, trong đó có viêm phần phụ, viêm tiểu khung, dẫn tới vô sinh. Nhóm chụp phim tử cung – vòi tử cung có 19 trường hợp có tiền sử chiếm 11,9%. Chụp tử cung – vòi tử cung là một can thiệp xâm lấn, nếu không đảm bảo vô khuẩn có thể đưa vi khuẩn từ ngoài vào trong buồng tử cung, đây là một yếu tố nguy cơ gây nên viêm nhiễm tại đường sinh dục trên.

Thời gian điều trị kháng sinh trước mổ hiện nay vẫn chưa được thống nhất. Nghiên cứu của chúng tôi có 100% bệnh nhân được điều trị nội khoa trước mổ. Trong đó nhóm hay gặp nhất là điều trị thời gian < 3 ngày chiếm 55,3%. Những bệnh nhân ở nhóm điều trị trước mổ < 3 ngày chủ yếu là nhóm bệnh nhân đã được điều trị kháng sinh trước vào viện và được chẩn đoán là viêm phần phụ mạn. Trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả bệnh nhân đều được điều trị kháng sinh trước phẫu thuật. Điều trị phối hợp 2 kháng sinh (72,3%). Bệnh nhân điều trị 1 kháng sinh (27,7%). Kháng sinh được lựa chọn phần lớn dựa vào kinh nghiệm lâm sàng và điều kiện thực tế từng bệnh viện. Hiện nay Bệnh viện phụ sản Thanh Hóa dùng 4 phác đồ điều trị viêm phần phụ chủ yếu sau. Đây là những thuốc thuộc danh mục bảo hiểm y tế. Phác đồ 1: Amoxicillin + Metronidazol, Phác đồ 2: Cephalosporin thế hệ 2+ Metronidazol, Phác đồ 3 Cephalosporin thế hệ 2 + Metronidazol + Ciprofloxacin, Phác đồ 4: Metronidazol + Ciprofloxacin.

Chẩn đoán trước mổ: (57,2%) viêm phần phụ cấp đã điều trị nội khoa nhưng không có kết quả. Viêm phần phụ mạn chiếm 39,0%. Viêm phần phụ chưa loại trừ bệnh lý buồng trứng chiếm 3,8%. Việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật phụ thuộc vào tuổi của bệnh nhân, kích thước khối viêm phần phụ, tình trạng viêm dính trong ổ bụng, có vết mổ cũ, và nguyên vọng có con của bệnh nhân. Nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ mổ nội soi (71,1%) và mổ mở (28,9%). Tổn thương hay gặp nhất là vòi tử cung viêm dính chiếm (99,4%), tiếp đến là vòi tử cung ứ mủ (95,6%), dính tiểu khung (86,2%) VTC ứ nước (4,4%). Tổn thương dính ruột (40,2%), dính gan (18,9%). Các tổn thương giữa các tác giả nghiên cứu viêm phần phụ có sự khác nhau như Lê Kiều Trang dính tiểu khung (100,0%), vòi tử cung

viêm dính (40,0%), vòi tử cung ứ mủ (58,5%), dính ruột (40,0%), dính gan (3,1%)³. Theo Nguyễn Thị Thu Hà kết quả lần lượt là (69,9%), (36,7%), (38,6%), (12,7%), (11,4%)⁴. Chính vì sự khác nhau về tổn thương giữa các nghiên cứu nên việc can thiệp trong phẫu thuật cũng khác nhau, nghiên cứu của chúng tôi gặp nhiều nhất là rửa ổ bụng chiếm 100% và gỡ dính: 98,7%, có 84,3% các trường hợp phải dẫn lưu ổ bụng sau mổ. Cắt 2 VTC là can thiệp hay gặp nhất trên VTC chiếm 45,3 %. 23,9% cắt 1 VTC, cắt phần phụ có 28,3%. Nghiên cứu ghi nhận có 18 trường hợp cắt tử cung, chiếm 11,3%. Đây là những trường hợp lớn tuổi, áp xe phần phụ có đi kèm với u xơ tử cung to, hoặc viêm phần phụ mạn điều trị tái lại nhiều đợt và không có nhu cầu sinh con. Có 10 trường hợp phải chuyển mổ mở do tiểu khung viêm dính nặng không thể mổ nội soi được, trong những trường hợp này có 7 trường hợp phải cắt 2 phần phụ, cắt 2 vòi tử cung 2 trường hợp và 1 trường hợp cắt 1 khối viêm vòi tử cung. Thời gian trung bình mổ nội soi 65,8± 25,4 phút, nhanh nhất là 45 phút và lâu nhất là 305 phút. 59,3% phẫu thuật trong 30 - 60 phút. Thời gian mổ mở trung bình là 93,7 ± 51,1 phút, nhanh nhất là 45 phút và lâu nhất là 305 phút. Nhóm thời gian phẫu thuật > 60 phút (71,7%). Thời gian mổ mở dài hơn phẫu thuật nội soi nhiều bởi lẽ, những trường hợp có chỉ định mổ mở là những ca bệnh nặng, không can thiệp được bằng phẫu thuật nội soi, trong đó có 8 ca phải có sự tham gia phẫu thuật của các Bác sĩ ngoại khoa Bệnh viện đa khoa Tĩnh, 2 ca làm hậu môn nhân tạo, 1 ca cắt ruột thừa, và tham gia gỡ dính ruột, chính vì vậy thời gian phẫu thuật trung bình ở nhóm này kéo dài hơn. Có (84,3%) được đặt dẫn lưu ổ bụng sau mổ, (15,7%) không đặt dẫn lưu là những ca mổ thuận lợi, tổn thương ít, phẫu thuật viên lấy được hết tổ chức viêm. Có 4 ca chuyển viện không được theo dõi tiếp về thời gian lưu, rút dẫn lưu. Bệnh nhân được đặt dẫn lưu ≤ 3 ngày là 112 bệnh nhân chiếm (86,2%), đặt dẫn lưu > 3 ngày có 18 bệnh nhân chiếm (13,8%). Qua nghiên cứu 154/159 bệnh nhân (5 bệnh nhân phải chuyển viện liên quan tới tổn thương ruột), thời gian hậu phẫu trung bình 6,4 ± 2 ngày, ngắn nhất là 4 ngày và lâu nhất là 19 ngày. Lựa chọn kháng sinh điều trị tốt nhất phải dựa vào kháng sinh đồ, tuy nhiên trong nghiên cứu không trường hợp nào được làm kháng sinh đồ. Kháng sinh sau mổ: phác đồ phối hợp 2 nhóm kháng sinh (64,2%), một nhóm kháng sinh (18,2%), phối hợp 3 nhóm kháng sinh (18,2 %). Phác đồ

kháng sinh sau mổ thường sử dụng tiếp phác đồ như trước mổ, việc thay đổi phối hợp kháng sinh tùy vào tình trạng ổ viêm lúc mổ và kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Một số nghiên cứu trong nước có kết quả biên chứng trong và sau mổ từ 5,5 – 9,7%.^{1,5} Trong nghiên cứu của chúng tôi có (6,9%), trường hợp xảy ra biến chứng trong và sau phẫu thuật (6,9%), tất cả bệnh nhân đều là mổ mở. 2 trường hợp tổn trực tràng phải làm hậu môn nhân tạo, 2 trường hợp tắc ruột sau mổ, 6 trường hợp nhiễm trùng vết mổ. 1 trường hợp thiếu máu được truyền 02 đơn vị hồng cầu khối; có thể thấy phẫu thuật viêm phần phụ đặc biệt là khi tiến triển thành áp xe phần phụ là một phẫu thuật phức tạp có nhiều nguy cơ và tai biến, việc phẫu thuật cần có những phẫu thuật viên giàu kinh nghiệm và được đào tạo chuyên sâu.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu trên 159 bệnh nhân có tuổi trung bình là 38,7± 8,4 tuổi với tỉ lệ mổ mở (71,1%), mổ nội soi (28,9%). Tổn thương hay gặp nhất là vòi tử cung viêm dính với (99,4%). Các tổn thương khác cũng có tỉ lệ cao như ứ mủ (95,6%), dính tiểu khung (86,2%). Can thiệp gặp nhiều nhất là rửa ổ bụng (100,0%), gỡ dính: (98,7%), có (84,3%) trường hợp được dẫn lưu ổ bụng sau mổ. Thời gian phẫu thuật trung bình mổ mở là 93,7 ± 51,1, mổ nội soi là 65,8 ± 25,4 phút. Thời gian hậu phẫu trung bình 6,4 ± 2,0 ngày. Tất cả bệnh nhân được điều trị kháng sinh trước mổ, bệnh nhân chủ yếu được phối hợp 2 nhóm kháng sinh. (6,9%) trường hợp có biến chứng trong và sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Thị Phương Linh.** Thực trạng chẩn đoán và điều trị bệnh nhân áp xe phần phụ tại Bệnh viện phụ sản Hà Nội năm 2021 – 2022. Luận văn tốt nghiệp Thạc sĩ, Trường đại học Y Hà Nội. 2023.
2. **Centers for Disease Control and Prevention, Workowski KA, Berman SM.** Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2006. MMWR Recomm Rep. 2006;55(RR-11):1-94.
3. **Lê Kiều Trang.** Nghiên cứu kết quả phẫu thuật viêm phần phụ tại khoa phụ sản Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2018 – tháng 8/2020. Luận văn tốt nghiệp Thạc sĩ, Trường đại học Y Hà Nội. 2020.
4. **Nguyễn Thị Thu Hà.** Đánh giá kết quả nội soi viêm phần phụ tại Bệnh Viện Phụ Sản Trung Ương trong 3 năm 2016 - 2018. Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội. 2019.
5. **Phạm Thị Mộng Thơ, Võ Minh Tuấn.** Khảo sát đặc điểm các trường hợp áp – xe phần phụ được phẫu thuật tại bệnh viện Từ Dũ. Thời sự Y học chuyên đề sức khỏe sinh sản. 2016; tập 16, số 2;18.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ HẸP ĐỘNG MẠCH CẢNH TRONG BẢNG PHƯƠNG PHÁP BỐC NỘI MẠC Ở BỆNH NHÂN CÓ NGUY CƠ PHẪU THUẬT CAO

Lâm Văn Nút¹, Phan Quốc Cường¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả điều trị sớm và trung hạn hẹp động mạch cảnh trong bảng phương pháp bóc nội mạc ở bệnh nhân có nguy cơ phẫu thuật cao. **Phương pháp:** Sử dụng bệnh án của bệnh viện, thu thập các dữ liệu về lâm sàng, cận lâm sàng, phương pháp phẫu thuật, giải phẫu bệnh lý, các thông tin về điều trị và theo dõi từ lúc bệnh nhân nhập viện để phẫu thuật cho đến khi bệnh nhân xuất viện. Liên lạc với thân nhân và bệnh nhân qua điện thoại để thu thập số liệu theo mẫu sau khi tái khám. **Kết quả:** Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu là $3,5 \pm 1,1$ ngày. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật ngắn nhất là 2 ngày, lâu nhất là 7 ngày. Có 1 trường hợp tai biến mạch máu não trong thời gian hậu phẫu, chiếm tỷ lệ 3,3%, không ghi nhận trường hợp nào có chảy máu sau mổ, tụ máu vết mổ, nhiễm trùng vết mổ, tổn thương các dây thần kinh sọ, nhồi máu cơ tim hay tử vong. Kết quả thành công về phẫu thuật chiếm tỷ lệ 96,7%, phẫu thuật không thành công có 1 trường hợp chiếm tỷ lệ 3,3% do tai biến mạch máu não. Có 26 bệnh nhân được theo dõi trung hạn, có 4 bệnh nhân mất theo dõi. Thời gian theo dõi lâu nhất là 44 tháng, ngắn nhất là 10 tháng. Đến cuối tháng 09/2023, thời gian theo dõi trung vị là 29 tháng. Trong 26 trường hợp được theo dõi trung hạn, không có trường hợp nào phải phẫu thuật lại do hẹp lại động mạch cảnh cùng bên đã được phẫu thuật trước đó. Các trường hợp theo dõi được đánh giá bằng siêu âm động mạch cảnh, ghi nhận: 21 trường hợp (80,8%) không thấy hẹp lại động mạch cảnh, 5 trường hợp (19,2%) có hẹp động mạch cảnh cùng bên phẫu thuật nhưng tất cả đều hẹp dưới 50%. Trong 26 trường hợp được theo dõi trung hạn, không có bệnh nhân nào tử vong do nguyên nhân tai biến mạch máu não hay nhồi máu cơ tim. **Kết luận:** Tắc động mạch cảnh trọng độ bên chiếm đa số các bệnh nhân nguy cơ phẫu thuật cao, còn lại là tuổi ≥ 80 , bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nặng. Không có bệnh nhân nào có bệnh tim mạch nặng, xạ trị vùng cổ hay tiền sử có bóc nội mạc động mạch cảnh trong cùng bên phẫu thuật. Phần lớn bệnh nhân có triệu chứng hẹp động mạch cảnh khi nhập viện và có hẹp nặng động mạch cảnh trên CTA. Chỉ có 1 trường hợp tai biến mạch máu não, không có trường hợp nào nhồi máu cơ tim hoặc tử vong sau phẫu thuật. Tỷ lệ thành công về phẫu thuật cao. Không ghi nhận trường hợp có biến chứng trong thời gian theo

đổi trung hạn. **Từ khóa:** hẹp động mạch cảnh trong, phương pháp bóc nội mạc, bệnh nhân có nguy cơ phẫu thuật cao.

SUMMARY

EVALUATION OF THE RESULTS OF TREATMENT OF INTERNAL CAROTID ARTERY STENOSIS USING ENDOSCOPIC REMOVAL IN PATIENTS WITH HIGH SURGICAL RISK

Research objective: To evaluate the results of early and mid-term treatment of internal carotid artery stenosis by endarterectomy in patients at high surgical risk. **Methods:** Using hospital medical records, collect clinical and paraclinical data, surgical methods, pathology, information on treatment and monitoring from the time the patient is admitted, hospital for surgery until the patient is discharged. Contact relatives and patients by phone to collect data according to the form after follow-up examination. **Result:** The average postoperative hospital stay in the study was 3.5 ± 1.1 days. The shortest hospital stay after surgery is 2 days, the longest is 7 days. In the study, there was 1 case of cerebrovascular accident during the postoperative period, accounting for 3.3%, no cases of postoperative bleeding, surgical wound hematoma, or surgical wound infection were recorded damage to cranial nerves, myocardial infarction or death. Successful surgical results accounted for 96.7%, with 1 case of unsuccessful surgery accounting for 3.3% due to stroke. There were 26 patients with medium-term follow-up, 4 patients were lost to follow-up. The longest follow-up period was 44 months, the shortest was 10 months. By the end of September 2023, the median follow-up was 29 months. In 26 cases with medium-term follow-up, no case required re-surgery due to narrowing of the carotid artery on the same side that had been previously operated on. Follow-up cases were evaluated by carotid ultrasound, recording: 21 cases (80.8%) did not see carotid artery stenosis, 5 cases (19.2%) had carotid artery stenosis. On the surgical side, all were narrowed less than 50%. In 26 cases with medium-term follow-up, no patient died from stroke or myocardial infarction. **Conclusion:** Contralateral internal carotid artery occlusion accounts for the majority of patients at high surgical risk, the remaining are age ≥ 80 , severe chronic obstructive pulmonary disease. No patient had severe cardiovascular disease, neck radiation therapy, or a history of internal carotid artery endarterectomy on the same side of surgery. Most patients have symptoms of carotid artery stenosis upon admission and have severe carotid artery stenosis on CTA. There was only 1 case of stroke, no case of infarction myocardial infarction or death after surgery. High surgical success rate. No cases of complications were

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Lâm Văn Nút

Email: nutlamvan@yahoo.com

Ngày nhận bài: 9.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.9.2024

Ngày duyệt bài: 14.10.2024