

6. Wang X, Magkos F, Mittendorfer B. Sex differences in lipid and lipoprotein metabolism: it's not just about sex hormones. *J Clin Endocrinol Metab.* 2011 Apr;96(4):885–93.
7. Miller M, Stone NJ, Ballantyne C, Bittner V, Criqui MH, Ginsberg HN, et al. Triglycerides and cardiovascular disease: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation.* 2011 May 24;123(20):2292–333.
8. Tremblay AJ, Morrisette H, Gagné JM, Bergeron J, Gagné C, Couture P. Validation of the Friedewald formula for the determination of low-density lipoprotein cholesterol compared with beta-quantification in a large population. *Clin Biochem.* 2004 Sep;37(9):785–90.
9. Gupta S, Verma M, Singh K. Does LDL-C Estimation Using Anandaraja's Formula Give a Better Agreement with Direct LDL-C Estimation than the Friedewald's Formula? *Indian J Clin Biochem.* 2012 Apr;27(2):127–33.

KIỂM TRA HIỆU QUẢ CỦA PHÁC ĐỒ KHÁNG SINH CEFTRIAZONE 2G, METRONIDAZOLE 1500MG, DOXYCYCLINE 200MG TRONG ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA ÁP XE PHẦN PHỤ TẠI BỆNH VIỆN NHÂN DÂN GIA ĐỊNH

Trần Thế Thắng¹, Bùi Chí Thương²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỉ lệ thất bại điều trị nội khoa và mô tả các yếu tố liên quan đến điều trị nội khoa thất bại ở những trường hợp áp xe phần phụ tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định. **Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu trên loạt ca báo cáo 101 bệnh nhân nữ được chẩn đoán áp xe phần phụ và điều trị tại khoa Sản Phụ khoa của Bệnh viện Nhân dân Gia Định trong thời gian tháng 01/2023 đến tháng 02/2024. **Kết quả:** Tỉ lệ điều trị nội khoa thất bại với phác đồ điều trị kháng sinh tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định là 20,79% [95% CI 0,14-0,30]. Các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị bao gồm dấu hiệu sốt sau 24 giờ điều trị kháng sinh và bạch cầu lúc nhập viện với điểm cắt tối ưu là 14,3 /mm³. **Kết luận:** Cần bổ sung quy trình nhằm phân loại bệnh nhân theo nguy cơ giúp điều chỉnh kế hoạch điều trị hiệu quả hơn. Đối với bệnh nhân có dấu hiệu sốt sau 24 giờ sử dụng kháng sinh và có số lượng bạch cầu lúc nhập viện tăng cao, yêu cầu đánh giá lâm sàng sát hơn, thực hiện các xét nghiệm chẩn đoán bổ sung và can thiệp sớm bằng các phương pháp điều trị thay thế. **Từ khóa:** áp xe phần phụ, kháng sinh, điều trị nội khoa.

SUMMARY

ASSESSING THE EFFECTIVENESS OF THE ANTIBIOTIC REGIMEN CEFTRIAZONE 2G, METRONIDAZOLE 1500MG, DOXYCYCLINE 200MG IN CONSERVATIVE MEDICAL THERAPY TO MANAGEMENT OF TUBO-OVARIAN ABSCESS AT GIA DINH PEOPLE'S HOSPITAL

Objective: To determine the failure rate of medical treatment and describe factors associated with treatment failure in cases of tubo-ovarian abscess

¹Bệnh viện Nhân dân Gia Định

²Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thế Thắng

Email: thangthetran1@outlook.com

Ngày nhận bài: 23.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.5.2025

Ngày duyệt bài: 25.6.2025

at Gia Dinh People's Hospital. **Methods:** A retrospective case series study was conducted on 101 female patients diagnosed with tubo-ovarian abscess and treated at the Obstetrics and Gynecology Department of Gia Dinh People's Hospital from January 2023 to February 2024. **Results:** The failure rate of medical treatment with the antibiotic regimen at Gia Dinh People's Hospital was 20.79% [95% CI 0.14-0.30]. Factors influencing treatment outcomes included fever symptoms after 24 hours antibiotic administration and leukocyte count upon admission, with an optimal cut-off point of 14.3/mm³. **Conclusion:** It is essential to establish a protocol for stratifying patients by risk to optimize treatment plans. For patients presenting with fever and elevated leukocyte counts, closer clinical monitoring, supplementary diagnostic tests, and early intervention with alternative treatment methods are recommended. **Keywords:** adnexal abscess, antibiotics, medical treatment.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm vùng chậu là tình trạng nhiễm trùng phần trên đường sinh dục nữ, bao gồm tử cung, ống dẫn trứng và buồng trứng [1]. Nếu không điều trị đúng, bệnh có thể gây áp xe phần phụ – một ổ viêm nghiêm trọng tại ống dẫn trứng, buồng trứng và mô lân cận – đe dọa tính mạng [2]. Trước đây, tỉ lệ tử vong do áp xe phần phụ lên tới 50%, nhưng hiện nay gần như bằng 0 với trường hợp chưa vỡ nhờ kháng sinh và phẫu thuật hiện đại [3]. Tuy nhiên, áp xe vỡ vẫn có nguy cơ tử vong 1,7–3,7% hoặc biến chứng nặng như tổn thương ống dẫn trứng, vô sinh, thai ngoài tử cung, đau vùng chậu mạn tính và tắc mạch huyết khối [3-5].

Điều trị áp xe phần phụ gồm kháng sinh, dẫn lưu, phẫu thuật hoặc phối hợp. Kháng sinh đơn thuần hiệu quả ở khoảng 69,4% trường hợp [7]. Các phác đồ kháng sinh đường tiêu hóa theo hướng dẫn quốc tế có khác biệt về loại thuốc,

liều và thời gian sử dụng. Đồng thời, do đề kháng tăng, nhiều bệnh nhân cần can thiệp thêm. Trước sự khác biệt này, cần lưu ý khả năng thẩm thấu vào ổ áp xe và điều kiện điều trị tại cơ sở. Từ năm 2015, Bệnh viện Nhân dân Gia Định sử dụng phác đồ Ceftriaxone 2 g/ngày, Metronidazole 1500 mg/ngày và Doxycycline 200 mg/ngày trong 14 ngày, chuyển sang uống sau giai đoạn tiêm. Nghiên cứu nhằm đánh giá hiệu quả phác đồ qua tỉ lệ thất bại điều trị và các yếu tố liên quan.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn mẫu. Phụ nữ được chẩn đoán áp xe phần phụ được điều trị tại khoa Sản Phụ Bệnh viện Nhân dân Gia Định, trong thời gian tháng 01/01/2023 đến tháng 09/02/2024, được chỉ định điều trị nội khoa và được điều trị với phác đồ kháng sinh Ceftriaxone 2g, Metronidazole 1500mg, Doxycycline 200mg. Tiêu chuẩn điều trị nội khoa: tình trạng huyết động ổn định (Huyết áp $\geq$ 90/60 mmHg, Mạch 60-100 lần/ phút, nhiệt độ $36,5^{\circ}\text{C} - 37,9^{\circ}\text{C}$); không có dấu hiệu vỡ khối áp xe phần phụ; kích thước ổ áp xe $< 7\text{ cm}$; chưa mãn kinh.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ. Bệnh nhân từ chối tiếp tục trong thời gian điều trị và bệnh nhân có chẩn đoán sau mổ không phải áp xe phần phụ dựa trên kết quả giải phẫu bệnh lý sau mổ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu báo cáo loạt ca hồi cứu dựa vào bảng thu thập số liệu.

2.2.2. Thu thập dữ liệu

- Công cụ: Phần mềm Microsoft Excel 365.
- Nội dung: Yếu tố dịch tễ (tuổi, nơi ở, nghề nghiệp, tham gia bảo hiểm y tế); Đặc điểm tiền sử (BMI, suy giảm miễn dịch, sử dụng kháng sinh trong 180 ngày trước nhập viện, ngoại khoa, mổ sản phụ khoa, thai ngoài tử cung, thất ống dẫn trứng, viêm vùng chậu, hiếm muộn, dụng cụ tử cung); Đặc điểm lâm sàng (thời gian đau bụng, sốt lúc nhập viện, sốt sau 24 giờ điều trị kháng sinh, buồn nôn và nôn, tiêu chảy, xuất huyết tử cung bất thường, phản ứng thành bụng, lằn cổ tử cung đau); Đặc điểm cận lâm sàng (đường kính khối áp xe, số lượng bạch cầu lúc nhập viện, nồng độ CRP lúc nhập viện); Kết quả điều trị.

2.2.3. Xử lý và phân tích dữ liệu

- Công cụ: Phần mềm R 4.2.3.
- Nội dung: Thống kê mô tả (thống kê số lượng, tỉ lệ phần trăm); thống kê phân tích (kiểm định Chi-square, kiểm định Mann-Whitney U, lập

phương trình hồi quy) với độ tin cậy 95% (giá trị p với mức ý nghĩa thống kê nhỏ hơn 0,05).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả điều trị

Bảng 1. Kết quả điều trị (N=101)

Mô tả	Số lượng	Tỉ lệ
Thành công	80	79,2
Thất bại	21	20,8

Theo Bảng 1, trong 101 trường hợp nghiên cứu, với phác đồ kháng sinh, có 80 trường hợp điều trị thành công, còn 21 trường hợp điều trị thất bại, cần phải can thiệp bổ sung như lên thang kháng sinh, thủ thuật dẫn lưu hoặc phẫu thuật. Các trường hợp điều trị thất bại được mô tả trong Bảng 2.

Bảng 2. Đặc điểm trường hợp điều trị thất bại (N=21)

Mô tả	Số lượng	Tỉ lệ
Sốt không giảm	7	33,3
Đau vùng chậu không giảm hoặc tăng	7	33,3
Khối áp xe phần phụ lớn hơn	3	14,3
Bạch cầu máu không giảm hoặc tăng	4	19,0

3.2. Phân tích đơn biến

3.2.1. Môi liên hệ giữa yếu tố dịch tễ với kết quả điều trị. Biến số tuổi không có phân phối chuẩn. Thực hiện kiểm định Mann-Whitney U cho biến số tuổi cho kết quả: $W = 571$, $p = 0.024$. Như vậy tuổi của bệnh nhân có ảnh hưởng đến kết quả điều trị.

Bảng 3. Kết quả kiểm định các yếu tố dịch tễ với kết quả điều trị

Đặc điểm dịch tễ	Pearson's Chi-squared Test			Fisher's Exact Test	
	χ^2	df	p	OR	p
Nơi ở	2,152	1	0,142		
Nghề nghiệp				-	0,378
Tham gia bảo hiểm y tế	1,710	1	0,191		

Còn kết quả phân tích các biến số còn lại về đặc điểm dịch tễ (Bảng 3), bao gồm nơi ở, nghề nghiệp và tình trạng tham gia bảo hiểm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, không ảnh hưởng tới kết quả điều trị.

3.2.2. Môi liên hệ giữa đặc điểm tiền sử với kết quả điều trị

Bảng 4. Kết quả kiểm định Chi-square các đặc điểm tiền sử với kết quả điều trị

Đặc điểm tiền sử	Pearson's Chi-squared Test			Fisher's Exact Test	
	χ^2	df	p	OR	p
BMI				-	0,265
Suy giảm miễn dịch				11,75	0,004

Sử dụng kháng sinh trong vòng 180 ngày				2,43	0,234
Can thiệp ngoại khoa				1,73	0,430
Mổ sản phụ khoa				1,10	1,000
Thai ngoài tử cung				1,93	0,507
Thắt ống dẫn trứng				0,00	1,000
Viêm vùng chậu				6,33	0,059
Hiếm muộn				1,28	1,000
Dụng cụ tử cung	0,947	1	0,331		

Theo dữ liệu trong Bảng 4, tiền sử suy giảm miễn dịch tạo nên sự khác biệt giữa 2 nhóm điều trị kháng sinh thành công và thất bại với $p = 0.004$. Các đặc điểm tiền sử khác chưa có sự liên quan đến kết quả điều trị.

3.2.3. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng 5. Kết quả kiểm định Chi-square các đặc điểm lâm sàng với kết quả điều trị

Đặc điểm tiền sử	Pearson's Chi-squared Test			Fisher's Exact Test	
	X ²	df	p	OR	p
Thời gian đau bụng	3,06	1	0,080		
Sốt lúc nhập viện	5,27	1	0,021		
Sốt sau 24 giờ điều trị kháng sinh				37,35	0,000
Buồn nôn và nôn				2,67	0,277
Tiêu chảy				2,80	0,668
Xuất huyết tử cung bất thường				1,57	0,633
Phản ứng thành bụng				8,07	0,109
Lắc cổ tử cung đau				2,54	0,348

Theo dữ liệu trong Bảng 5, các yếu tố của đặc điểm lâm sàng gồm thời gian từ lúc đau bụng đến lúc khám, các triệu chứng cơ năng như buồn nôn và nôn, tiêu chảy, xuất huyết âm đạo bất thường và các triệu chứng thực thể như phản ứng thành bụng hay lắc cổ tử cung đau không có sự khác biệt giữa 2 nhóm điều trị thành công hay thất bại. Chỉ có triệu chứng sốt lúc nhập viện ($p = 0,02$) và sốt sau 24 giờ được điều trị kháng sinh ($p < 0,05$) tạo nên sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm thành công và thất bại.

Đường kính trung bình của khối áp xe trong nhóm đối tượng nghiên cứu là 48 ± 16 mm, không có phân phối chuẩn. Giá trị trung bình của đường kính lớn nhất khối áp xe của nhóm điều trị thành công là $45,49 \pm 16,24$ mm và của nhóm điều trị thất bại là $57,57 \pm 10,18$ mm. Thực hiện kiểm định Mann-Whitney U cho biến số đường kính khối áp xe, cho kết quả như sau: $W = 462.5$, $p = 0.001584$. Như vậy đường kính khối áp xe trên hình ảnh học có ảnh hưởng đến kết quả điều trị.

Số lượng bạch cầu lúc nhập viện của các đối

tượng trong nhóm nghiên cứu trung bình là $14,51 \pm 5,01$ /mm³, cao nhất là $31,69$ /mm³ và thấp nhất là $5,3$ /mm³, không có phân phối chuẩn. Số lượng bạch cầu trung bình ở nhóm điều trị thành công là $13,7 \pm 4,57$ /mm³ và ở nhóm thất bại là $17,59 \pm 5,52$ /mm³. Thực hiện kiểm định Mann-Whitney U cho biến số số lượng bạch cầu lúc nhập viện, cho kết quả như sau: $W = 477.5$, $p = 0.002451$. Như vậy, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

Lúc nhập viện, nồng độ CRP trung bình của các bệnh nhân tham gia nghiên cứu là $110,17 \pm 87,12$ mg/l, nồng độ cao nhất là $364,9$ mg/l, không có phân phối chuẩn. Nồng độ CRP lúc nhập viện trung bình của 2 nhóm điều trị thành công và thất bại lần lượt là $97,75 \pm 82,97$ mg/l và $157,49 \pm 88,27$ mg/l. Thực hiện kiểm định Mann-Whitney U cho biến số Nồng độ CRP lúc nhập viện, cho kết quả như sau: $W = 495$, $p = 0.00394$. Như vậy nồng độ CRP lúc nhập viện có ảnh hưởng đến kết quả kết trị.

3.3. Phân tích hồi quy đa biến. Như vậy, khi phân tích hồi quy đơn biến mỗi liên quan giữa các biến số và kết quả điều trị của bệnh nhân áp xe phần phụ điều trị nội khoa, các biến số có mối liên quan có ý nghĩa thống kê bao gồm: tuổi, tiền sử suy giảm miễn dịch, sốt lúc nhập viện, sốt sau 24 giờ điều trị kháng sinh, số lượng bạch cầu lúc nhập viện, nồng độ CRP lúc nhập viện. Thực hiện phân tích hồi quy logistic nhằm xác định các yếu tố liên quan đến việc không đáp ứng với phác đồ kháng sinh điều trị áp xe phần phụ. Biến phụ thuộc là kết quả điều trị.

Bảng 6. Kết quả tổng hợp mô hình hồi quy đa biến

Biến số	Ước lượng	Sai số chuẩn	Giá trị z	p
(chặn)	-8.346555	2.453673	-3.402	0.00067
Tuổi	0.011219	0.039700	0.283	0.77748
Suy giảm miễn dịch	2.173410	1.124634	1.933	0.05329
Sốt lúc nhập viện	1.075902	0.724472	1.485	0.13752
Sốt sau 24 giờ điều trị kháng sinh	3.359648	1.235220	2.720	0.00653
Đường kính khối áp xe	0.049625	0.028430	1.745	0.08090
Bạch cầu lúc nhập viện	0.176967	0.089125	1.986	0.04708
CRP lúc nhập viện	0.001417	0.004426	0.320	0.74884

Kết quả được trình bày trong Bảng 6 cho thấy sự hiện diện của triệu chứng sốt sau 24 giờ điều trị

kháng sinh và sự gia tăng bạch cầu lúc nhập viện làm tăng tỉ lệ thất bại điều trị có ý nghĩa thống kê. Các biến số tuổi, tình trạng suy giảm miễn dịch, sốt lúc nhập viện, đường kính khối áp xe, CRP lúc nhập viện cho thấy không có sự liên quan có ý nghĩa thống kê với kết quả điều trị trong phạm vi đối tượng nghiên cứu.

Đường cong ROC xác định điểm cắt tối ưu của bạch cầu lúc nhập viện trong dự đoán kết quả thất bại điều trị nội là 14,3/mm³ với độ nhạy 80,95% và độ đặc hiệu 62,50%.

Bảng 7. Kết quả điều trị với điểm cắt bạch cầu lúc nhập viện 14,3/mm³

Mô tả	Thành công	Thất bại
Bạch cầu lúc nhập viện <14,3 /mm ³	50	4
Bạch cầu lúc nhập viện ≥14,3 /mm ³	30	17

IV. BÀN LUẬN

Tỉ lệ thất bại điều trị nội khoa trong kết quả nghiên cứu này là 20,79% [95% CI 0,14-0,30]. So sánh với kết quả của Sweet, phác đồ kháng sinh điều trị áp xe phần phụ tại khoa cho kết quả điều trị với tỉ lệ thất bại thấp hơn và khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p = 0,040$; [95% CI - 0,1813 - -0,0138]) [6]. Tuy nhiên tỉ lệ thất bại trong nghiên cứu của chúng tôi là tương đương với kết quả ghi nhận được của tác giả Trần Duy Anh tại bệnh viện Từ Dũ là 24,4% ($p = 0,54$; [95% CI 0,17-0,32]) [7]. Phác đồ kháng sinh được sử dụng trong phần lớn các trường hợp trong nghiên cứu của tác giả Trần Duy Anh là phác đồ phối hợp 3 thuốc Amoxicillin/ Acid Clavulanic, Metronidazol và Gentamycin.

Dựa vào số liệu thu thập được, tình trạng vẫn còn sốt sau khi đã được điều trị kháng sinh đường tĩnh mạch 24 giờ làm tăng nguy cơ thất bại của điều trị nội khoa 28 lần so với những bệnh nhân hết sốt. Nghiên cứu của Gungorduk cũng ghi nhận mối liên quan giữa sốt với sự thất bại của điều trị bảo tồn [8]. Sốt là một trong những dấu hiệu lâm sàng thường gặp khi xuất hiện tình trạng viêm nhiễm trong cơ thể, đây là một trong những cách mà hệ miễn dịch sử dụng để chống lại nhiễm trùng. Nếu nhiệt độ tăng quá cao, kéo dài thì đây là một tình trạng cảnh báo hệ miễn dịch của chúng ta không thể chống lại tác nhân gây bệnh trừ phi ổ nhiễm trùng được lấy ra khỏi cơ thể; lúc này, phẫu thuật là cần thiết để giải quyết tận gốc.

Dựa trên kết quả phân tích số liệu, số lượng bạch cầu cao trong máu ở thời điểm nhập viện làm tăng nguy cơ thất bại với điều trị nội khoa. Với 1 bạch cầu/mm³ tăng thêm, người bệnh có

nguy cơ tăng tỉ lệ thất bại điều trị 1,18 lần. Với điểm cắt 14,3/mm³ độ nhạy và độ đặc hiệu trong dự đoán thất bại điều trị nội khoa lần lượt là 80,95% và 62,50%. Trong nghiên cứu của Flesh cho thấy số lượng bạch cầu >16.000/ mm³ có giá trị dự đoán sự thất bại của điều trị kháng sinh tĩnh mạch khi được dùng như liệu pháp ban đầu để điều trị áp xe phần phụ [9].

V. KẾT LUẬN

Từ tháng 01/2023 đến tháng 02/2024, nghiên cứu trên 101 bệnh nhân áp xe phần phụ tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định cho thấy tỉ lệ thất bại điều trị nội khoa với phác đồ kháng sinh tĩnh mạch là 20,79%, với các yếu tố ảnh hưởng chính gồm sốt sau 24 giờ điều trị và bạch cầu lúc nhập viện >14,3 /mm³. Để cải thiện kết quả, cần tăng cường theo dõi sát bệnh nhân có sốt và bạch cầu cao, bổ sung quy trình phân loại nguy cơ, điều chỉnh phác đồ phù hợp với các trường hợp nặng, và giáo dục bệnh nhân về việc báo cáo dấu hiệu sốt. Ngoài ra, cần thực hiện thêm các nghiên cứu với thiết kế tốt hơn và cỡ mẫu lớn hơn để nâng cao hiệu quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA.** (2021). Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021. MMWR Recommendations and Reports, 70(4):1.
2. **Granberg S, Gjelland K, Ekerhovd E.** (2009). The management of pelvic abscess. Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology, 23(5):667-678.
3. **Pedowitz P, Bloomfield RD.** (1964). Ruptured adnexal abscess (tuboovarian) with generalized peritonitis. American Journal of Obstetrics & Gynecology, 88(6):721-729.
4. **Rosen M, Breitkopf D, Waud K.** (2009). Tubo-ovarian abscess management options for women who desire fertility. Obstetrical & gynecological survey, 64(10):681-689.
5. **Paik CK, Waetjen LE, Xing G, Dai J, Sweet RL.** (2006). Hospitalizations for pelvic inflammatory disease and tuboovarian abscess. Obstetrics & Gynecology, 107(3):611-616.
6. **Sweet R, Gibbs R.** (2009). Soft tissue infection and pelvic abscess. Infectious Diseases of the Female Genital Tract, 5:95.
7. **Tran Duy Anh.** (2008). Khảo sát đặc điểm những trường hợp áp xe phần phụ điều trị nội khoa thất bại tại bệnh viện Từ Dũ. Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
8. **Güngördük K, Guzel E, Asicioğlu O.** (2014). Experience of tubo-ovarian abscess in western Turkey. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 124(1):45-50.
9. **Flesh G, Weiner JM, Corlett RC, Boice C, Mishell DR, Wolf RM.** (1979). The intrauterine contraceptive device and acute salpingitis: a multifactor analysis. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 135(3):402-408.