

NHẬN XÉT KẾT QUẢ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHẦN PHỤ TẠI KHOA PHỤ SẢN – BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Thị Bích Vân^{1,2}, Đỗ Thị Thủy²,
Trần Minh Chiến¹, Đỗ Văn Hào²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị viêm phần phụ Khoa Phụ Sản – Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 57 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị viêm phần phụ tại Khoa Phụ Sản từ tháng 1 đến tháng 6 năm 2024. **Kết quả:** Bệnh nhân chủ yếu ở độ tuổi từ 21 - 49 (70.1%) và phần lớn sống tại thành thị (64.9%). Hầu hết đang có chồng hoặc bạn tình (91.2%). Chỉ 15.8% bệnh nhân sử dụng bao cao su. Triệu chứng lâm sàng phổ biến là đau bụng (91.2%) và ra khí hư âm đạo (77.2%). 63.2 % bệnh nhân có tăng bạch cầu > 10G/L, CRPhs tăng ở 87.7%. Hình ảnh siêu âm thường gặp là khối viêm phần phụ kích thước <5cm, hình ảnh cyst lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ chủ yếu là phần phụ tăng kích thước và thâm nhiễm mỡ vùng chậu. 79% bệnh nhân được điều trị nội khoa bằng phác đồ phối hợp 3 kháng sinh (Ceftriaxon, Metronidazol và Doxycycline); 21% bệnh nhân cần can thiệp ngoại khoa, chủ yếu do áp xe phần phụ. **Kết luận:** Viêm phần phụ có biểu hiện lâm sàng đa dạng, cần được phát hiện và điều trị sớm nhằm tránh biến chứng. Điều trị nội khoa hiệu quả trong phần lớn trường hợp, can thiệp ngoại khoa cần thiết khi có biến chứng hoặc không đáp ứng với điều trị nội khoa. **Từ khóa:** viêm phần phụ, áp xe phần phụ, phẫu thuật viêm phần phụ

SUMMARY

DESCRIBE THE CLINICAL AND PARACLINICAL FEATURES AND EVALUATE THE TREATMENT OUTCOMES OF PELVIC INFLAMMATORY DISEASE AT THE OBSTETRICS AND GYNECOLOGY DEPARTMENT – HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: Describe the clinical and paraclinical features and evaluate the treatment outcomes of pelvic inflammatory disease at the Obstetrics and Gynecology Department - Hanoi Medical University Hospital. **Subjects and research methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 57 patients diagnosed and treated for pelvic inflammatory disease at the Obstetrics and Gynecology Department from January to June 2024. **Results:** The study

indicates that the majority (70.1%) of patients were between the ages of 21 and 49, and a significant proportion (64.9%) resided in urban areas. Most were married or in a relationship (91.2%). Only 15.8% of patients used condoms. Common clinical symptoms includes abdominal pain (91.2%) and vaginal discharge (77.2%). A total of 63.2% of patients has leukocytes > 10G/L, and high-Sensitivity C-Reactive Protein level was elevated in 87.7% of cases. Ultrasound images often reveal adnexal masses measuring less than 5cm, while MRI and CT scans may show enlarged adnexal structures and fatty infiltration in the pelvic region. 79% of patients were treated medically with a combination regimen of 3 antibiotics (Ceftriaxone, Metronidazole, and Doxycycline); 21% of patients required surgery, mainly due to adnexal abscess. **Conclusion:** Pelvic inflammatory disease presents with diverse clinical manifestations and needs to be detected and treated early to avoid complications. Internal medical treatment is effective in the majority of cases, while surgery is necessary when internal medical treatments fail or complications arise.

Keywords: pelvic inflammatory disease, adnexal abscess, surgery for pelvic inflammatory disease

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phần phụ là tình trạng nhiễm trùng cấp tính hoặc mạn tính của các cơ quan sinh dục trên như tử cung, vòi tử cung và buồng trứng; thường là hậu quả của nhiễm khuẩn ngược dòng từ âm đạo và cổ tử cung. Đây là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây vô sinh do tắc vòi tử cung, thai ngoài tử cung và đau vùng chậu mãn tính ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản¹.

Theo Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa Bệnh dịch Hoa Kỳ (CDC), mỗi năm có khoảng hơn 1 triệu phụ nữ tại Hoa Kỳ mắc viêm phần phụ, trong đó khoảng 10 – 15% có nguy cơ vô sinh sau khi mắc bệnh². Tại các nước đang phát triển, tỷ lệ này có thể cao hơn do khả năng tiếp cận dịch vụ y tế hạn chế, tình trạng tự điều trị và chẩn đoán muộn. Mặc dù không có số liệu thống kê chính thức tại Việt Nam, song thực tế lâm sàng cho thấy số lượng bệnh nhân nhập viện điều trị viêm phần phụ có xu hướng gia tăng, đặc biệt là ở các bệnh viện tuyến trung ương.

Chẩn đoán viêm phần phụ dựa trên triệu chứng lâm sàng thường gặp nhiều khó khăn do biểu hiện không điển hình và dễ nhầm lẫn với các bệnh lý khác như viêm ruột thừa, u nang buồng trứng xoắn hay thai ngoài tử cung. Việc phối hợp các xét nghiệm cận lâm sàng (bạch

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Văn Hào

Email: vanhao.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.9.2025

Ngày duyệt bài: 15.10.2025

cầu, CRP, siêu âm, CLVT/MRI, nuôi cấy dịch âm đạo, PCR các tác nhân lây truyền qua đường tình dục (đặc biệt là lậu cầu và chlamydia),...) đóng vai trò trong định hướng chẩn đoán chính xác và kịp thời³.

Điều trị viêm phần phụ chủ yếu là điều trị nội khoa với phác đồ kháng sinh phổ rộng theo khuyến cáo của CDC và WHO. Tuy nhiên, trong một số trường hợp, đặc biệt khi có biến chứng như áp xe phần phụ, việc can thiệp ngoại khoa là cần thiết để ngăn ngừa biến chứng nguy hiểm⁴.

Xuất phát từ thực tiễn đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị viêm phần phụ tại Khoa Phụ Sản – Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, từ đó cung cấp thêm các dữ liệu thực tiễn hỗ trợ góp phần trong việc chẩn đoán và điều trị bệnh lý này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị viêm phần phụ tại khoa Phụ Sản – Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1 đến tháng 6 năm 2024.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 57 bệnh nhân được chẩn đoán viêm phần phụ và điều trị tại khoa Phụ Sản – Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1 đến tháng 6 năm 2024.

Phương pháp thu thập thông tin: Tất cả các đối tượng thỏa mãn tiêu chuẩn nghiên cứu được lấy thông tin từ hồ sơ bệnh án tại khoa Phụ Sản – Bệnh viện Đại học Y Hà Nội thông qua bệnh án nghiên cứu.

Xử lý và phân tích số liệu: Các số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

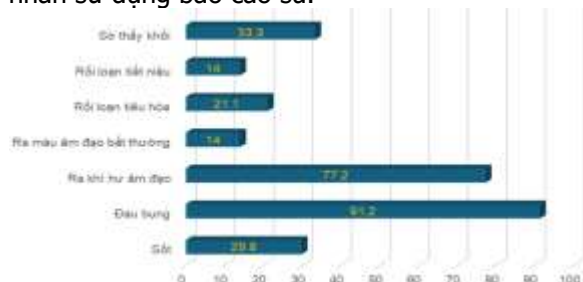
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu và một số yếu tố nguy cơ viêm phần phụ

Tính chất		Số người	Tỷ lệ %
Tuổi	< 21	1	1.8
	21 – 30	17	29.8
	30 – 40	23	40.3
	>40	16	28.1
	Trung bình	35.2 ± 1.2	
Địa chỉ	Nông thôn	20	35.1
	Thành thị	37	64.9
Trình độ học vấn	Cấp 1, 2	5	8.8
	Cấp 3	19	33.3
	Trung cấp	15	26.3
	Đại học	14	24.6
	Sau đại học	4	7.0
Tình trạng	Độc thân	5	8.8

hôn nhân	Đang có chồng hoặc bạn tình	52	91.2
	Không	30	52.6
	Dụng cụ tử cung	16	28.1
	Thuốc tránh thai	1	1.8
Tiền sử viêm	Bao cao su	9	15.8
	Am đạo – cổ tử cung	20	35.1
	Phần phụ	15	26.3
Tiền sử can thiệp – phẫu thuật sản phụ khoa	Nạo hút thai	21	36.8
	Mổ lấy thai	26	45.6
	Nội soi chữa ngoài tử cung	1	1.8
	Viêm ruột thừa	3	5.3

Nhận xét: Tuổi trung bình của 57 đối tượng nghiên cứu là 35 tuổi, trong đó nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 20 – 40 tuổi (chiếm 70.1%) và chủ yếu tới từ thành thị (chiếm 64.9%). Trình độ học vấn của nhóm đối tượng nghiên cứu chủ yếu từ cấp 3, trung cấp và đại học (chiếm 84.2%) và hầu hết đang có chồng hoặc bạn tình (52 người chiếm 91.2%). Hơn 50% số bệnh nhân không sử dụng biện pháp tránh thai và chỉ có 15.8% bệnh nhân sử dụng bao cao su.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ các triệu chứng lâm sàng của viêm phần phụ

Nhận xét: Triệu chứng thường gặp nhất của viêm phần phụ thường là đau bụng (đau bụng hạ vị, đau hố chậu 2 bên), chiếm 91.2% số bệnh nhân nhập viện điều trị. Tiếp theo triệu chứng thường gặp là ra khí hư âm đạo chiếm 77.2%. Sốt chỉ gặp ở gần 30% số trường hợp quan sát. Các triệu chứng ở cơ quan bộ phận khác ít gặp hơn (rối loạn tiết niệu gặp ở 14% số trường hợp và rối loạn tiêu hóa là 21.1%).

Bảng 2. Một số kết quả cận lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh

Tính chất		Số người	Tỷ lệ %
Bạch cầu	Số lượng > 10G/L	36	63.2
	Tỷ lệ BCĐNTT>70%	44	77.2
CRP hs	< 0.5 mg/dl	7	12.3
	≥ 0.5 mg/dl	50	87.7
	Trung bình	9.2±1.7 mg/dl	
Siêu	<5cm	47	82.5

âm	5 – 10 cm	8	14.0
	>10cm	2	3.5
	Khối 1 bên	26	45.6
	Khối 2 bên	31	54.4
	Vỏ dày	12	21.1
	Âm vang không đồng nhất	33	57.9
	Cấu trúc hình ống	24	42.1
	Dịch cùng đồ	32	56.1
CLVT/ MRI	Phần phụ tăng kích thước	39	68.4
	Thâm nhiễm mỡ vùng chậu	40	70.2
	Ngấm thuốc bao gan (HC FHC)	18	31.6
	Hình ảnh khác (nang buồng trứng)	2	3.5

Nhận xét: Số lượng bạch cầu tăng > 10G/L gặp ở 36 trường hợp (chiếm 63.2%), trong đó tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính tăng >70% chiếm 77.2%. 100% các trường hợp được làm xét nghiệm CRPhs và có 50 trường hợp (chiếm 87.7%) tăng ≥ 0.5 mg/dl, với CRPhs trung bình là 9.2 ± 1.7 mg/dl. Hình ảnh khối trên siêu âm chủ yếu có kích thước <5cm (chiếm 82.5%) với các tính chất chủ yếu như âm vang không đồng nhất (57.9%), cấu trúc hình ống (42.1%) và dịch cùng đồ (56.1%). Hình ảnh quan sát được nhiều nhất trên CLVT/MRI là phần phụ tăng kích thước (68.4%), thâm nhiễm mỡ vùng chậu (70.2%). Hội chứng FHC quang sát được ở 31.6% số bệnh nhân.



Biểu đồ 2: Thực trạng điều trị nội khoa viêm phần phụ

Nhận xét: Trong 57 trường hợp, có 45 bệnh nhân điều trị nội khoa (chiếm 79%), trong đó điều trị phác đồ chuẩn (phối hợp 3 loại kháng sinh: Ceftriaxon liều 2g/ngày chia 2 lần, Metronidazole 1g/ngày chia 2 lần, Doxycycline 200mg/ ngày chia 2 lần) chiếm 88.9%. Có 4 trường hợp thay thế Ceftriaxon bằng Imipenem do không đáp ứng với điều trị và 1 trường hợp thay thế bằng Levofloxacin do dị ứng Ceftriaxon. Điều trị nội khoa kéo dài trung bình 7 ngày (nhau nhất là 4 ngày và muộn nhất là 10 ngày điều trị nội trú).

Bảng 3. Thực trạng điều trị ngoại khoa viêm phần phụ

Tính chất		Số người	Tỷ lệ %
Chỉ định phẫu thuật	Áp xe phần phụ	11	91.7
	Điều trị nội khoa không đáp ứng	1	8.3
Cách thức phẫu thuật	Nội soi	2	16.7
	Mổ mở	10	83.3
Các tình trạng ổ bụng trong phẫu thuật	Dính tiểu khung	11	91.7
	Ứ mủ vòi tử cung	10	83.3
	Viêm dính vòi tử cung	2	16.7
	Dài dính bao gan	2	16.7
Xử trí	Cắt vòi tử cung 1 bên	1	8.3
	Cắt vòi tử cung 2 bên	11	91.7
	Rửa ổ bụng	7	58.3
	Dẫn lưu ổ bụng	1	8.3
Thời gian điều trị nội khoa trước phẫu thuật	Có điều trị	9	75
	Không điều trị	3	25
	Thời gian trung bình	4 $\pm$ 0.5 ngày	
Tổng thời gian điều trị trung bình		8.2 $\pm$ 0.6 ngày	
Giải phẫu bệnh	Vòi tử cung viêm mủ, áp xe hóa	11	91.7
	Nang dạng lạc nội mạc tử cung	1	8.3
	Nang thanh dịch vòi tử cung	1	8.3

Nhận xét: Trong 57 trường hợp có 12 bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật (chiếm 21%), trong đó chỉ định mổ chủ yếu vì khối áp xe phần phụ (chiếm 91.7%), duy nhất 1 trường hợp chỉ định mổ vì điều trị nội khoa không đáp ứng. Chủ yếu các bệnh nhân được phẫu thuật mổ mở (10 bệnh nhân chiếm 83.3%). Tình trạng bụng gặp nhiều nhất là dính vùng tiểu khung và ứ mủ vòi tử cung (lần lượt chiếm 91.7% và 83.3% số trường hợp). Về xử trí chủ yếu là cắt 2 vòi tử cung (91.7%) và rửa ổ bụng (58.3%). Có 75% trường hợp có điều trị nội khoa trước phẫu thuật với thời gian trung bình là 4 ngày. Giải phẫu bệnh thường gặp nhất là vòi tử cung viêm mủ áp xe hóa (chiếm tới 91.7%) và 1 trường hợp nang dạng lạc nội mạc tử cung.

IV. BÀN LUẬN

Viêm phần phụ là tình trạng viêm nhiễm đường sinh dục trên, thường gặp ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản. Nghiên cứu này cho thấy tỷ lệ gặp cao nhất là trong độ tuổi 21 – 40 tuổi, phù hợp với nghiên cứu trong và ngoài nước⁵. Nghiên cứu có kết quả phù hợp với nhận xét rằng một số đặc điểm được xem như yếu tố nguy cơ của viêm phần phụ như quan hệ nhiều bạn tình hoặc quan hệ không sử dụng biện pháp ngăn ngừa bệnh lây truyền qua đường tình dục (bao cao su)

(chiếm tỷ lệ lần lượt là 91.2% và 84.2%)⁶.

Triệu chứng lâm sàng phổ biến như đau bụng (hạ vị và hố chậu 2 bên) và ra khí hư âm đạo là hay gặp nhất, phù hợp với các nghiên cứu khác trên thế giới⁷. Tuy nhiên, sốt chỉ gặp ở gần 30% số bệnh nhân cho thấy viêm phần phụ có thể diễn biến âm thầm, đòi hỏi bác sĩ lâm sàng phải đặt ra vấn đề chẩn đoán viêm phần phụ trên những bệnh nhân không sốt để điều trị kịp thời, tránh các biến chứng lâu dài.

Xét nghiệm tổng phân tích máu và định lượng nồng độ CRP được chỉ định trong tất cả các trường hợp. Tăng bạch cầu (đặc biệt là bạch cầu đa nhân trung tính) (chiếm 63.2%) và tăng nồng độ CRPs (chiếm 87.7%) là các chỉ dấu viêm hữu ích trong chẩn đoán. Mặc dù các xét nghiệm này có độ nhạy và độ đặc hiệu không cao trong chẩn đoán viêm phần phụ, nhưng chúng góp phần trong đánh giá mức độ nặng của bệnh (bao gồm những ca áp xe phần phụ) và đánh giá mức độ đáp ứng với điều trị³.

Siêu âm và CLVT/MRI đóng vai trò quan trọng trong việc xác định tổn thương phần phụ và phát hiện áp xe. Hình ảnh học giúp phân biệt viêm phần phụ với một số bệnh lý cấp tính khác như thai ngoài tử cung, u nang buồng trứng xoắn hoặc viêm ruột thừa⁸. Tuy nhiên, việc không có biểu hiện tổn thương trên chẩn đoán hình ảnh với những bệnh nhân có biểu hiện lâm sàng nghi ngờ viêm phần phụ cũng không có vai trò chẩn đoán loại trừ bệnh lý này và không nên vì đó mà không hoặc chậm trễ điều trị bệnh. Chủ yếu các bệnh nhân trong nghiên cứu đều có khối ở phần phụ (do đa phần bệnh nhân nặng có chỉ định nhập viện điều trị, các bệnh nhân viêm phần phụ mức độ nhẹ hơn có thể được điều trị ngoại trú không bao gồm trong nghiên cứu). Hình ảnh học thường gặp khác bao gồm cấu trúc dịch hình ống, khối âm vang không đồng nhất phù hợp với các nghiên cứu khác⁹.

Phác đồ điều trị nội khoa tại Khoa Phụ Sản sử dụng phối hợp 3 loại kháng sinh bao gồm: Ceftriaxon liều 2g/ngày chia 2 lần, Metronidazole 1g/ngày chia 2 lần, Doxycycline 200mg/ngày chia 2 lần phù hợp với các khuyến cáo bởi CDC và các hướng dẫn quốc tế khác². Trong nghiên cứu này, 79% bệnh nhân đáp ứng tốt với điều trị nội khoa. Tuy nhiên, 21% cần can thiệp ngoại khoa do áp xe phần phụ là chủ yếu (91.7%) và điều trị nội khoa không đáp ứng (8.3%) cũng phù hợp với khuyến cáo can thiệp khi áp xe phần phụ không đáp ứng điều trị nội khoa hoặc có kích thước lớn.

Tình trạng ổ bụng gặp chủ yếu ở những ca phẫu thuật là dính vùng tiểu khung và ứ mủ vòi

tử cung (>90%), trong đó tỉ lệ phẫu thuật nội soi là 16.7%, xử trí chủ yếu là cắt 2 vòi tử cung (91.7%). Sự lựa chọn giữa phẫu thuật nội soi hay mổ mở phụ thuộc phần nhiều vào khả năng phẫu thuật viên, tình trạng lâm sàng bệnh nhân (khối áp xe vỡ, dính nhiều,...). Xử trí chủ yếu trong những trường hợp này là loại bỏ nhiều nhất có thể khoang tạo áp xe và các dải dính kèm theo, rửa ổ bụng để giảm bớt nguy cơ nhiễm khuẩn cho bệnh nhân. Hiện nay, còn nhiều phương pháp can thiệp tối thiểu đã được áp dụng như dẫn lưu khối áp xe dưới hướng dẫn siêu âm hoặc cắt lớp vi tính giúp dẫn lưu 70 – 100% các trường hợp và giúp rút ngắn thời gian điều trị khi so sánh với phương pháp điều trị nội khoa đơn thuần¹⁰. Tuy nhiên phương pháp này hiện ít được áp dụng trong nghiên cứu do những trường hợp nặng cần can thiệp ngoại khoa do dính nhiều, không có đường vào để dẫn lưu an toàn.

V. KẾT LUẬN

Viêm phần phụ là bệnh lý phụ khoa thường gặp với biểu hiện lâm sàng đa dạng và nguy cơ biến chứng cao nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời. Việc kết hợp đánh giá lâm sàng, xét nghiệm cận lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh là cần thiết để xác định chính xác bệnh và mức độ trầm trọng của bệnh. Điều trị nội khoa theo phác đồ phối hợp 3 loại kháng sinh mang lại hiệu quả cao. Tuy nhiên, cần can thiệp ngoại khoa khi có biến chứng hoặc không đáp ứng với điều trị nội. Để giảm thiểu nguy cơ biến chứng và bảo tồn chức năng sinh sản, việc phát hiện sớm và điều trị đúng phác đồ là vô cùng quan trọng cũng như dự phòng bệnh lây truyền qua đường tình dục.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Brunham RC, Gottlieb SL, Paavonen J.** Pelvic Inflammatory Disease. *New England Journal of Medicine*. 2015;372(21):2039-2048. doi:10.1056/NEJMra1411426
2. **Centers for Disease Control and Prevention (CDC).** Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021.
3. **Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, et al.** Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. *MMWR Recomm Rep*. 2021;70(4):1-187. doi:10.15585/mmwr.rr7004a1
4. **Simms I, Stephenson JM.** Pelvic inflammatory disease epidemiology: what do we know and what do we need to know? *Sex Transm Infect*. 2000;76(2):80-87. doi:10.1136/sti.76.2.80
5. **Lê Minh N.** Đánh giá kết quả điều trị viêm phần phụ bằng phẫu thuật nội soi tại bệnh viện Phụ sản Trung Ương trong 4 năm 2007 -2010 [Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ nội trú bệnh viện], Đại học Y Hà Nội; 2011.
6. **Ness RB, Randall H, Richter HE, et al.**

- Condom use and the risk of recurrent pelvic inflammatory disease, chronic pelvic pain, or infertility following an episode of pelvic inflammatory disease. *Am J Public Health*. 2004; 94(8): 1327-1329. doi:10.2105/ajph.94.8. 1327
7. **Ross J, Guaschino S, Cusini M, Jensen J.** 2017 European guideline for the management of pelvic inflammatory disease. *Int J STD AIDS*. 2018; 29(2): 108-114. doi:10.1177/ 0956462417744099
 8. **Nelson A.** Pelvic inflammatory disease: a review. *O&G Magazine*. December 11, 2019.
 9. **Romosan G, Valentin L.** The sensitivity and specificity of transvaginal ultrasound with regard to acute pelvic inflammatory disease: a review of the literature. *Arch Gynecol Obstet*. 2014; 289(4):705-714. doi:10.1007/s00404-013-3091-6
 10. **Gjelland K, Ekerhovd E, Granberg S.** Transvaginal ultrasound-guided aspiration for treatment of tubo-ovarian abscess: a study of 302 cases. *Am J Obstet Gynecol*. 2005;193(4):1323-1330. doi:10.1016/j.ajog.2005.06.019.

CAN THIỆP NỘI MẠCH Ở NGƯỜI BỆNH PHÌNH ĐỘNG MẠCH CHỦ BỤNG VỠ VÀ ĐOẠ VỠ TẠI VIỆN TIM MẠCH VIỆT NAM

Phạm Minh Tuấn^{1,2}, Nguyễn Thị Thu Hoài¹

TÓM TẮT

Phình động mạch chủ (ĐMC) bụng được định nghĩa là tình trạng giãn vĩnh viễn của ĐMC bụng, với đường kính lớn hơn 3 cm hoặc lớn hơn 50% so với đường kính động mạch chủ tại vị trí cơ hoành. Tỷ lệ mắc và tần suất phình ĐMC bụng (AAA) đã giảm trong 20 năm qua, cả ở các nước phát triển và đang phát triển. Nguy cơ vỡ tăng theo kích thước phình: nguy cơ vỡ trong 5 năm đối với khối phình dưới 5 cm là 1%–2%, trong khi với khối phình trên 5 cm là 20%–40%. AAA chiếm khoảng 1% số ca tử vong ở nam giới trên 65 tuổi và là nguyên nhân gây tử vong đứng thứ 10 ở nam giới từ 65 tuổi trở lên. Tỷ lệ tử vong do vỡ AAA là hơn 80%. Do đó, chẩn đoán và điều trị sớm trước khi vỡ là rất quan trọng. Đặt stent-graft (EVAR) là can thiệp nội mạch loại bỏ khối phình mà không cần phẫu thuật. Nghiên cứu của chúng tôi trong 2 năm, có 15 trường hợp can thiệp cấp cứu AAA, trong đó, 10 bệnh nhân được chẩn đoán AAA do vỡ (67%) và 5 bệnh nhân được chẩn đoán AAA vỡ (33%). Kết quả can thiệp, có 1 ca tử vong sau can thiệp do nhiễm trùng nhiễm độc ổ bụng (6,7%), 14 ca ổn định và xuất viện (93,3%), thời gian nằm viện trung bình là 5 ngày. Với những cấp cứu này, triển khai nhanh và đồng bộ phương pháp hồi sức, can thiệp nội mạch là rất quan trọng để cứu sống bệnh nhân. *Từ khóa:* phình động mạch chủ bụng vỡ, can thiệp nội mạch động mạch chủ

SUMMARY

URGENT ENDOVASCULAR INTERVENTION IN PATIENTS WITH RUPTURED AND IMPENDING RUPTURED ABDOMINAL AORTIC ANEURYSM AT VNHI

Abdominal aortic aneurysm (AAA) is defined as a permanent dilation of the abdominal aorta, with a

diameter greater than 3 cm or exceeding 50% of the aortic diameter at the diaphragmatic level. The incidence and prevalence of AAA have declined over the past 20 years. The risk of rupture increases with aneurysm size: the 5-year rupture risk for aneurysms under 5 cm is 1%–2%, while for those over 5 cm, it rises to 20%–40%. AAA accounts for approximately 1% of deaths in men over 65 and is the 10th leading cause of death in men aged 65 and older. The mortality rate from ruptured AAA exceeds 80%. Therefore, early diagnosis and treatment before rupture are critical. Endovascular aneurysm repair (EVAR) — a minimally invasive procedure that excludes the aneurysm without open surgery — is a key treatment method. In our two-year study, there were 15 emergency interventions for AAA, including: 10 cases (67%) of impending rupture, 5 cases (33%) of ruptured AAA. Treatment outcomes: 1 post-intervention death (6.7%) due to abdominal sepsis, 14 patients stabilized and discharged (93.3%). For these emergencies, rapid and coordinated intensive care efforts, along with timely endovascular intervention, are crucial in saving patients' lives.

Keywords: abdominal aortic aneurysm rupture, endovascular aortic repair

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phình động mạch chủ bụng (AAA) là tình trạng giãn khu trú với đường kính lớn hơn 50% so với bình thường. Dạng phình ĐMC phổ biến nhất là phình dưới thận. Phương pháp nội mạch (EVAR) là một lựa chọn hiệu quả cho bệnh nhân bị phình động mạch chủ bụng với giải phẫu phù hợp để ngăn ngừa vỡ. Các trường hợp doạ vỡ hoặc vỡ phình ĐMC bụng là những tối cấp cứu cần được xử trí nhanh cứu sống người bệnh. Các phương pháp có thể tiến hành là mổ mở kinh điển hoặc can thiệp nội mạch trong những trường hợp có giải phẫu thích hợp.

Phương pháp mổ mở thay đoạn ĐMC bụng là phẫu thuật kinh điển được sử dụng trong lâm sàng. Phương pháp này đạt hiệu quả cao, loại bỏ hoàn toàn khối phình và thay bằng đoạn ĐMC

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Minh Tuấn

Email: phminhtuan6382@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.9.2025

Ngày duyệt bài: 15.10.2025