Vietnam Journal of Community Medicine, Vol. 67, No.11, 31-34

EVALUATION SURGICAL CHARACTERISTICS OF TUBO - OVARIAN ABSCESSES AT THAI BINH OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL IN 2023 – 2025

Pham Thi Bich, Dang Thi Viet Hang, Vu Thi Huyen Nga

Department of Obstetrics and Gynecology - Thai Binh University of Medicine and Pharmacy - No. 373 Ly Bon, Tran Lam Ward, Hung Yen Province, Vietnam

Received 05/08/2026
Revised 21/09/2026; Accepted 18/11/2026

ABSTRACT

Background: Tubo-ovarian abscess (TOA) is a severe complication of pelvic inflammatory disease (PID). If not diagnosed and treated promptly, TOA may result in long-term complications. In Hung Yen (formerly Thai Binh), there have been no studies evaluating the treatment outcomes of tubo-ovarian abscess. Therefore, we conducted this study with the objective of evaluating the surgical characteristics of tubo-ovarian abscess treatment at Thai Binh Obstetrics and Gynecology Hospital during the period 2023–2025.

Methods: A retrospective, descriptive, cross-sectional study of 105 patients who underwent surgery for tubo-ovarian abscesses at Thai Binh Obstetrics and Gynecology Hospital from January 2023 to December 2025.

Results: The majority of patients received antibiotics for ≤3 days before surgery, accounting for 66.7%. Among them, combination therapy with two antibiotics accounted for 85.7%. Most patients underwent laparoscopic surgery, accounting for 83.8%. In 65.7% of cases, unilateral or bilateral salpingectomy was performed; 63.8% underwent adnexectomy, and 5.7% underwent hysterectomy. The rate of surgical complications was 2.9%.

Conclusion: Most patients with tubo-ovarian abscess were treated with a combination of two antibiotics followed by laparoscopic salpingectomy or adnexectomy.

Keywords: Pelvic inflammatory disease, tubo-ovarian abscess.

*Corresponding author
Email: bichphamytb@gmail.com **Phone**: (+84) 984509111 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i11.7121

NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM PHẪU THUẬT ÁP XE PHẦN PHỤ TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THÁI BÌNH GIAI ĐOẠN 2023 – 2025

Phạm Thị Bích, Đặng Thị Việt Hằng, Vũ Thị Huyền Nga

Bộ môn Phụ sản - Trường ĐH Y Dược Thái Bình - Số 373 Lý Bôn, phường Trần Lãm, tỉnh Hưng Yên, Việt Nam

Ngày nhận bài: 05/08/2026
Ngày chỉnh sửa: 21/09/2026; Ngày duyệt đăng: 18/11/2026

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Áp xe phần phụ là biến chứng nặng nề của viêm vùng chậu, nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời áp xe phần phụ có thể để lại di chứng lâu dài. Tại Hưng Yên (Thái Bình cũ) chưa có nghiên cứu về kết quả điều trị áp xe phần phụ, vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài với mục tiêu: nhận xét đặc điểm phẫu thuật điều trị áp xe phần phụ tại Bệnh viện Phụ sản Thái Bình giai đoạn 2023 - 2025.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang trên 105 bệnh nhân được phẫu thuật điều trị áp xe phần phụ tại Bệnh viện Phụ sản Thái Bình (1/2023-12/2025).

Kết quả: Phần lớn các bệnh nhân được điều trị kháng sinh trước phẫu thuật ≤ 3 ngày chiếm 66,7%, trong đó phác đồ phối hợp 2 kháng sinh chiếm 85,7%, đa số các bệnh nhân được phẫu thuật nội soi chiếm 83,8%. Có 65,7% các trường hợp được cắt vòi tử cung 1 hoặc 2 bên; 63,8% trường hợp cắt phần phụ và 5,7% trường hợp có cắt tử cung. Biến chứng của phẫu thuật là 2,9%.

Kết luận: Phần lớn các bệnh nhân áp xe phần phụ được điều trị bằng phác đồ phối hợp 2 kháng sinh kết hợp với phẫu thuật nội soi cắt vòi tử cung hoặc cắt phần phụ.

Từ khóa: Viêm phần phụ, áp xe phần phụ

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Áp xe phần phụ (AXPP) là khối viêm nhiễm tại vòi tử cung, buồng trứng [1]. AXPP là biến chứng nặng nề của viêm vùng chậu, chiếm đến 15 - 30% các trường hợp nhập viện vì viêm vùng chậu [2]. Nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời AXPP có thể xảy ra biến chứng viêm phúc mạc tiểu khung, viêm phúc mạc toàn thể hay nhiễm trùng huyết, gây ảnh hưởng đến tính mạng người bệnh. Các di chứng lâu dài của AXPP bao gồm vô sinh, đau vùng chậu mãn tính, chửa ngoài tử cung, bệnh dính vùng chậu, rối loạn chức năng tình dục [3]. Ngày nay, các thủ thuật phẫu thuật như dẫn lưu ổ áp xe, cắt bỏ vòi tử cung, cắt phần phụ hoặc cắt tử cung và 2 phần phụ có thể được thực hiện bằng phẫu thuật nội soi hoặc mở ở bụng ở những bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật do áp xe phần phụ [4]. Bệnh viện Phụ sản Thái Bình là bệnh viện tuyến cuối về Sản phụ khoa của tỉnh Hưng Yên (Thái Bình cũ), số lượng bệnh nhân điều trị viêm phần phụ và áp xe phần phụ ngày càng nhiều. Tuy nhiên chưa có nghiên cứu về kết quả điều trị trong áp xe phần phụ. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu nhận xét kết quả điều trị áp xe phần phụ tại bệnh viện Phụ sản Thái Bình giai đoạn 2023 - 2025.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Hồ sơ bệnh án của bệnh nhân được phẫu thuật điều trị áp xe phần phụ tại khoa Phụ Bệnh viện Phụ sản Thái Bình từ tháng 1 năm 2023 đến tháng 12 năm 2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

Bệnh án của tất cả bệnh nhân được chẩn đoán sau phẫu thuật là áp xe phần phụ điều trị tại bệnh viện Phụ sản Thái Bình từ 01/01/2023 đến 31/12/2025.

Hồ sơ bệnh án đầy đủ các thông tin nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Các trường hợp không đủ thông tin.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hồi cứu qua một điều tra cắt ngang

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu được tính theo công thức cho ước lượng một tỷ lệ:

$$n = Z^2_{1-\alpha/2} \times \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: n là cỡ mẫu tối thiểu trong nghiên cứu

p: Tỷ lệ chẩn đoán áp xe phần phụ (p =0,603) theo nghiêu cứu của Trần Thị Phương Linh năm 2023 [5].

d: Sai số cho phép (d=0,1)

α: Mức ý nghĩa thống kê (α =0,05)

$Z_{(1-\alpha/2):}$ Tra theo bảng tương ứng với mức chọn α =0,05 thì $Z_{1-\alpha/2}$ = 1,96.

Theo công thức trên tính được n= 92

Như vậy cỡ mẫu tối thiểu là 92 bệnh nhân.

Phương pháp chọn mẫu thuận tiện, chọn tất cả bệnh án của bệnh nhân trong thời gian từ 01/01/2023 đến 31/12/2025 đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn lựa chọn, không có tiêu chuẩn loại trừ. Thực tế chúng tôi lấy toàn bộ bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu là 105 bệnh nhân.

Các bước nghiên cứu

Bước 1: Lựa chọn hồ sơ bệnh án của bệnh nhân phù hợp tiêu chuẩn nghiên cứu.

Bước 2: Tham khảo hồ sơ bệnh án và kết quả điều trị điền vào phiếu thu thập thông tin.

Bước 3: Xử lý số liệu.

Bước 4: Viết báo cáo

*Tác giả liên hệ
Email: bichphamytb@gmail.com **Điện thoại**: (+84) 984509111 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i11.7121

2.3. Biến số nghiên cứu

Đặc điểm lâm sàng: Triệu chứng cơ năng: đau bụng hạ vị, sốt, ra khí hư âm đạo, rối loạn kinh nguyệt. Triệu chứng thực thể: Sốt, bụng chướng, phản ứng thành bụng, sờ thấy khối phần phụ, di động tử cung đau, CTC viêm chạm chảy máu.

Đặc điểm cận lâm sàng: Chỉ số bạch cầu, CRP, kích thước khối trên siêu âm, tính chất khối áp xe trên siêu âm.

Đặc điểm phẫu thuật: Số lượng kháng sinh sử dụng trước phẫu thuật, thời gian điều trị kháng sinh trước phẫu thuật, phương pháp phẫu thuật, can thiệp trong phẫu thuật, biến chứng sau phẫu thuật.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu

Các số liệu được thu thập, tổng hợp và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0.

Đối với thống kê mô tả: Số lượng, tỷ lệ (%); $\bar{X} \pm SD$ với biến tuân theo phân phối chuẩn; Trung vị (khoảng) với biến không tuân theo phân phối chuẩn. Phép kiểm định Chi-square để so sánh biến phân loại.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành sau khi được thông qua Hội đồng khoa học Trường Đại học Y Dược Thái Bình và được sự đồng ý của Ban giám đốc Bệnh viện Phụ Sản Thái Bình.

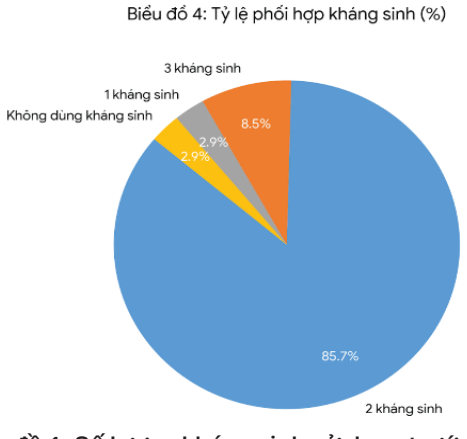
Nghiên cứu chỉ tiến hành thu thập thông tin từ người bệnh và hồ sơ bệnh án, không làm sai lệch kết quả xử trí của người bệnh.

Nghiên cứu này nhằm mục tiêu khoa học, góp phần cho chăm sóc sức khỏe sinh sản, không nhằm mục đích nào khác. Nghiên cứu đảm bảo quy định về đạo đức nghiên cứu y học của Bộ Y tế đã quy định.

Các thông tin về đối tượng nghiên cứu sẽ được đảm bảo bí mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu khoa học.

Kết quả nghiên cứu đảm bảo tính khoa học, tin cậy, chính xác.

3. ĐẶC ĐIỂM PHẪU THUẬT ÁP XE PHẦN PHỤ



Biểu đồ 1. Số lượng kháng sinh sử dụng trước phẫu thuật (n=105)

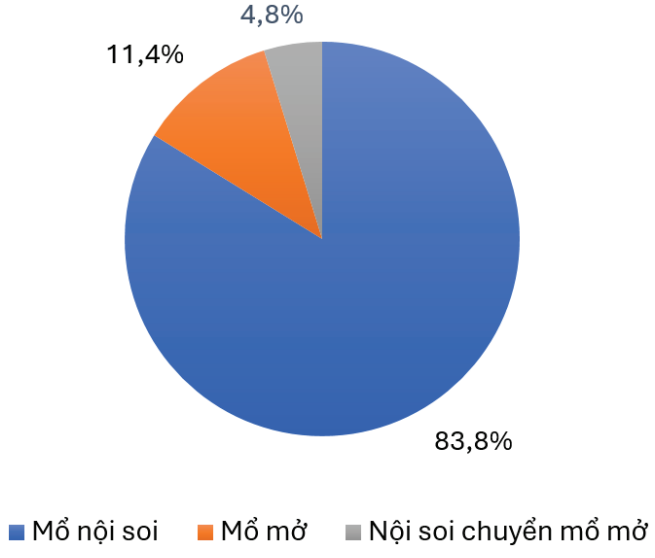
Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 90 bệnh nhân được điều trị 2 kháng sinh trước phẫu thuật chiếm tỷ lệ cao nhất là 85,7%. Bệnh nhân được điều trị 1 loại kháng sinh và không điều trị kháng sinh đều chiếm tỷ lệ thấp nhất là 2,9%.

Bảng 1. Thời gian điều trị kháng sinh trước phẫu thuật (n=102)

Số ngày	Mổ nội soi		Mổ mở		Tổng	
	SL	%	SL	%	SL	%
≤ 3	61	89,7	7	10,3	68/102	66,7
> 3	29	85,3	5	14,7	34/102	33,3
Tổng	90	100	12	100	102	100

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân được điều trị từ 3 ngày trở xuống trước phẫu thuật chiếm tỷ lệ 66,7%, nhóm bệnh nhân điều trị trên 3 ngày chiếm 33,3%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p = 0,282.

Tỷ lệ mổ nội soi ở nhóm bệnh nhân được điều trị kháng sinh ≤3 ngày là 89,7% cao hơn so với nhóm điều trị >3 ngày là 85,3%. Sự khác biệt về phương pháp điều trị phẫu thuật giữa 2 nhóm thời gian điều trị kháng sinh không có ý nghĩa thống kê với p = 0,514. (5 ca nội soi chuyển mổ mở được xếp vào nhóm mổ nội soi do đang khảo sát thời điểm trước phẫu thuật).



Biểu đồ 2. Phương pháp phẫu thuật (n=105)

Nhận xét: Trong nghiên cứu có 88 bệnh nhân được mổ nội soi, chiếm tỷ lệ cao nhất là 83,8%. 12 bệnh nhân được mổ mở chiếm tỷ lệ 11,4%; có 5 trường hợp là nội soi chuyển mổ mở chiếm 4,8%.

Bảng 2. Các can thiệp trong phẫu thuật (n=105)

Can thiệp	Mổ nội soi		Mổ mở		Tổng	
	SL	%	SL	%	SL	%
Gỡ dính và rửa ổ bụng	88	83,8	17	16,2	105	100
Đặt dẫn lưu ổ bụng	65	82,3	14	17,7	79	75,2
Cắt VTC	63	91,3	6	8,7	69	65,7
Cắt phần phụ	55	82,1	12	17,9	67	63,8
Cắt tử cung	3	60,0	3	40,0	6	5,7%

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, can thiệp gặp nhiều nhất là gỡ dính và rửa ổ bụng chiếm 100%; có 75,2% các trường hợp phải dẫn lưu ổ bụng sau mổ. Cắt VTC và cắt phần phụ là can thiệp tiếp theo chiếm tỷ lệ lần lượt là 65,7% và 63,8%. Có 6 trường hợp cắt tử cung chiếm tỷ lệ 5,7%. Trong các can thiệp thì tỷ lệ mổ nội soi đều cao hơn mổ mở. (5 ca nội soi chuyển mổ mở được xếp vào nhóm mổ mở do đang khảo sát thời điểm trong phẫu thuật).

Bảng 3. Biến chứng của phẫu thuật (n=105)

Biến chứng	Cách thức phẫu thuật		Tổng	Tỷ lệ (%)
	Mổ nội soi	Mổ mở		
Nhiễm trùng vết mổ	1	1	2	1,9

Biến chứng	Cách thức phẫu thuật		Tổng	Tỷ lệ (%)
	Mổ nội soi	Mổ mở		
Tổn thương bàng quang	0	0	0	0,0
Tổn thương thanh mạc ruột	1	0	1	1,0
Tổng	2	1	3	2,9

Nhận xét: Tỷ lệ biến chứng của phẫu thuật là 2,9% trong đó có 1 trường hợp tai biến trong mổ nội soi là tổn thương thanh mạc ruột chiếm tỷ lệ 1,0%; 2 trường hợp có biến chứng sau mổ là nhiễm trùng vết mổ chiếm tỷ lệ 1,9%.

4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 90 bệnh nhân được điều trị 2 kháng sinh trước phẫu thuật chiếm tỷ lệ cao nhất là 85,7% và 9 bệnh nhân được điều trị 3 kháng sinh chiếm tỷ lệ 8,6%. Trong nghiên cứu của Trần Duy Anh [6] ở Từ Dũ, nhóm bệnh nhân được dùng phối hợp 3 kháng sinh chiếm đến 92,2%. Việc lựa chọn kháng sinh điều trị phải dựa vào kháng sinh đồ, tuy nhiên các trường hợp trước phẫu thuật chưa được làm kháng sinh đồ để lựa chọn kháng sinh. Kháng sinh được các bác sỹ sử dụng phần lớn dựa vào kinh nghiệm lâm sàng và điều kiện thực tế ở từng bệnh viện.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhóm bệnh nhân được điều trị kháng sinh từ 3 ngày trở xuống trước phẫu thuật chiếm tỷ lệ là 66,7%, nhóm bệnh nhân điều trị trên 3 ngày chiếm 33,3%. Tỷ lệ mổ nội soi ở nhóm bệnh nhân được điều trị kháng sinh ≤3 ngày là 89,7% cao hơn so với nhóm điều trị >3 ngày là 85,3%. Sự khác biệt về phương pháp điều trị phẫu thuật giữa 2 nhóm thời gian điều trị kháng sinh không có ý nghĩa thống kê với p = 0,514. (5 ca nội soi chuyển mổ mở được xếp vào nhóm mổ nội soi do đang khảo sát thời điểm trước phẫu thuật). Kết quả này cho thấy việc điều trị kháng sinh trước mổ kéo dài trên 3 ngày không làm thay đổi tỷ lệ mổ nội soi cho bệnh nhân so với điều trị kháng sinh ≤3 ngày, đối chiếu với nghiên cứu của Jiang và cộng sự [7] năm 2019 cũng cho kết quả điều trị nội soi sớm có thể có tiên lượng lâm sàng tốt hơn, thời gian sốt giảm đi và thời gian nằm viện cũng ít hơn so với điều trị kháng sinh bảo tồn và nội soi muộn sau 72 giờ điều trị kháng sinh cho bệnh nhân AXPP.

Nghiên cứu có 88 bệnh nhân được mổ nội soi chiếm tỷ lệ cao nhất là 83,8%. Có 5 trường hợp nội soi phải chuyển mổ mở do tiểu khung viêm dính nặng không thể mổ nội soi được, những trường hợp này đều được can thiệp gỡ dính, rửa ổ bụng, cắt 2 phần phụ và đặt dẫn lưu ổ bụng sau mổ. Tỷ lệ mổ nội soi của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Trần Duy Anh [6] là 77,4%. Điều này là hợp lý khi hiện nay phẫu thuật nội soi đang là xu thế của phẫu thuật ngoại khoa xâm lấn tối thiểu. Lợi ích của phẫu thuật nội soi bao gồm ít xâm lấn hơn, vết mổ nhỏ và đẹp hơn, bệnh nhân ít đau hơn và sớm trở lại hoạt động thường ngày sau phẫu thuật [7].

Các trường hợp AXPP khi phẫu thuật đều được gỡ dính, rửa ổ bụng (100%) và 75,2 % trường hợp được đặt dẫn lưu ổ bụng sau mổ. Có 65,7% bệnh nhân được cắt VTC 1 hoặc 2 bên, 63,8% được cắt phần phụ. Trong nghiên cứu của Trần Duy Anh [6] có 71% bệnh nhân cắt phần phụ, 19,4% bệnh nhân cắt VTC một hoặc hai bên. Nghiên cứu của Trần Thị Phương Linh (2023) [5] có 56,2% bệnh nhân được cắt VTC một hoặc hai bên; 19,2% bệnh nhân được cắt phần phụ. Tỷ lệ cắt phần phụ trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn trong nghiên cứu của Trần Thị Phương Linh là do nhóm tuổi gặp nhiều nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là nhóm tuổi 41 – 50 tuổi (gần với tuổi tiền mãn kinh, mãn kinh) trong khi đó nhóm tuổi gặp nhiều nhất trong nghiên cứu của Trần Thị Phương Linh là nhóm 31 - 40 tuổi vẫn còn nhu cầu nội tiết.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ biến chứng của phẫu thuật là 2,9% trong đó có 1 trường hợp tai biến trong mổ nội soi là tổn thương thanh mạc ruột chiếm tỷ lệ 1,0%; 2 trường hợp có biến chứng sau mổ là nhiễm trùng vết mổ chiếm tỷ lệ 1,9%. Trường hợp tổn thương thanh mạc ruột được khâu phục hồi thanh mạc, sau đó nhịn ăn, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch 3 ngày, phối hợp 3 kháng sinh sau mổ, theo dõi và điều trị sau 21 ngày bệnh nhân được xuất viện. Theo nghiên cứu của SezgiN [4] thì tỷ lệ biến chứng sau mổ là 16%, của Trần Thị Phương Linh [5] là 5,5% và của Cengiz [8] là 17,9%. Ổ AXPP thường gây viêm dính nhiều trong ổ bụng, đặc biệt là các tạng xung quanh như ruột, bàng quang... việc gỡ dính khó khăn và có thể gây tổn thương các tạng.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy phần lớn bệnh nhân được điều trị phối hợp kháng sinh trước phẫu thuật, chủ yếu với 2 loại kháng sinh trong thời gian ≤ 3 ngày. Khi có chỉ định phẫu thuật, nội soi ổ bụng là phương pháp được sử dụng chủ yếu, với các kỹ thuật thường gặp gồm gỡ dính, rửa ổ bụng, đặt dẫn lưu ổ bụng, kết hợp cắt vòi tử cung một bên hoặc hai bên hoặc cắt phần phụ tùy theo mức độ tổn thương. Tỷ lệ tai biến theo nghiên cứu của chúng tôi tuy không cao nhưng trong các nghiên cứu khác là khá cao cho thấy phẫu thuật áp xe phần phụ vẫn là một can thiệp phức tạp do tình trạng viêm nhiễm và dính vùng chậu, vì vậy cần đánh giá kỹ tổn thương trước phẫu thuật và lựa chọn phương pháp xử trí phù hợp nhằm hạn chế tai biến, đồng thời bảo tồn tối đa cơ quan sinh sản khi có thể.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Lareau SM, Beigi RH. (2008). Pelvic Inflammatory Disease and Tubo-ovarian Abscess. I*nfectious Disease Clinics of North America*. 22(4):693- 708. doi:10.1016/j.idc.2008.05.008

[2] Granberg S. Gjelland K, Ekerhovd E. (2009). The management of pelvic abscess. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 23(5):667-678. doi:10.1016/j.bpobgyn.2009.01.010

[3] Krivak TC, Cooksey C. Propst AM. (2004). Tubo-ovarian abscess: Diagnosis, medical and surgical management. *Compr Ther*. 30(2):93-100. doi:10.1007/s12019-004-0003-5

[4] SezgiN B, Akin MN, Kasap B. (2021). Outcomes of surgical practice on tubo- ovarian abscess in an academic hospital. *The European Research Journal*. 7(1):80-87. doi:10.18621/eurj.767468

[5] Trần Thị Phương Linh (2023), *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 thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

[6] Trần Duy Anh, Võ Minh Tuấn, Cửu Nguyễn Thiên Thanh (2019), *Nghiên cứu đặc điểm những trường hợp áp xe phần phụ điều trị nội khoa thất bại tại bệnh viện Từ Dũ,* Y học TP Hồ Chí Minh, Phụ bản tập 23, số 2:198.

[7] Jiang X, Shi M, Sui M, et al. (2019). Clinical value of early laparoscopic therapy in the management of tubo ovarian or pelvic abscess. *Exp Ther Med. Published online June 21*. doi: 10.3892/etm.2019.7699

[8] Cengiz H, Dagdeviren H, Ekin M, Kaya C, Yildiz S, Yasar L (2012). Surgical management of tubo - ovarian abscess: Results of retrospective case series. *J Clin Exp Invest*. 2012;3(4):463–466. doi: https://doi.org/10.5799/ahinjs.01.2012.04.0203.