

34 GIÁ TRỊ BẢNG ĐIỂM CỦA YUVAL FOUKS TRONG TIÊN LƯỢNG ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA ÁP – XE PHẦN PHỤ

Trịnh Minh Thiện¹, Bùi Chí Thương¹, Nguyễn Xuân Trang², Phạm Mỹ Hoàng Vân², Hà Thị Loan¹,
Trần Ngọc Nguyễn¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Áp-xe phần phụ là một trong những biến chứng nặng nề của viêm vùng chậu, nếu không chẩn đoán và điều trị kịp thời có thể dẫn đến nhiễm trùng lan rộng, ảnh hưởng tính mạng và khả năng sinh sản trong tương lai. Năm 2019 tác giả Yuval Fouks đã xác định các yếu tố nguy cơ liên quan đến thất bại điều trị kháng sinh áp-xe phần phụ đồng thời đưa ra bảng điểm nguy cơ để tiên lượng điều trị.

Mục tiêu: Đánh giá tính giá trị bảng điểm của Yuval Fouks trong tiên lượng điều trị nội khoa áp-xe phần phụ.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu được thực hiện trong khoảng thời gian từ ngày 01/10/2018 đến ngày 31/03/2020. Lấy mẫu toàn bộ với tất cả các bệnh nhân có chẩn đoán là áp-xe phần phụ thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu đều được đưa vào nghiên cứu, với mã ICD-10 là “N70” tại bệnh viện Từ Dũ – Thành phố Hồ Chí Minh.

Kết quả: Trong thời gian 18 tháng, với 511 bệnh nhân áp-xe phần phụ có kết quả: giá trị bảng điểm của Yuval Fouks trong tiên lượng điều trị nội khoa áp-xe phần phụ ở mức độ khá, tỉ lệ điều trị nội khoa thất bại áp-xe phần phụ là 27,6%. Các yếu tố liên quan ảnh hưởng đến điều trị thất bại nội khoa áp-xe phần phụ bao gồm: tuổi, tiền căn bệnh lý nội khoa, số lần sinh, sốt lúc nhập viện, điều trị kháng sinh trước nhập viện, khối sờ chạm vùng chậu qua khám trong, lắc cổ tử cung đau, đường kính khối áp-xe qua siêu âm, bạch cầu lúc nhập viện, CRP lúc nhập viện.

Kết luận: Bảng điểm của Yuval Fouks trong tiên lượng điều trị nội khoa áp-xe phần phụ cho giá trị ở mức độ khá khi áp dụng tại Việt Nam có thể áp dụng khi chưa có mô hình nào khác tốt hơn do đó nên cần xây dựng mô hình tiên lượng dành riêng cho dân số.

Từ khóa: áp-xe phần phụ, tiên lượng điều trị

ABSTRACT

THE VALUE OF YUVAL FOUKS'S SIMPLE RISK SCORE IN PREDICTING THE OUTCOMES OF TUBO-OVARIAN ABSCESS

Trinh Minh Thien, Bui Chi Thuong, Nguyen Xuan Trang, Pham My Hoang Van, Ha Thi Loan,
Tran Ngoc Nguyen * Ho Chi Minh City Journal of Medicine * Vol. 25 - No. 1 - 2021: 188 - 196

Background: Tubo-Ovarian Abscess (TOA) is among serious complications of (Pelvic Inflammatory Disease (PID). Unless being well diagnosed and treated, it could spread the infection which is fatal and affects the future fertility. In 2019, Yuval Fouks, after determining the risk factors relating to failures of TOA treatment using antimicrobial drugs, created a Simple risk score to predict the treatment outcomes.

Objectives: To evaluate the value of Yuval Fouks risk score in predicting the outcomes of Tubo-Ovarian Abscess after treatment with antibiotic therapy.

Method: This retrospective cohort study was conducted from 01/10/2018 to 31/03/2020. The participants,

¹Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Từ Dũ

Tác giả liên lạc: BS. Trịnh Minh Thiện

ĐT: 0949080801

Email: drminhthien92@gmail.com

who suit the inclusion criteria as follows: diagnosed as TOA at Tu Du Hospital - HCMC with the ICD-10 code of "N70", were all concluded.

Results: During the study period of 18 months, 511 patients diagnosed as TOA were included. The Yuval Fouks's Simple risk score's value in predicting the outcomes of Tubo-Ovarian Abscess after treatment with antibiotic therapy in Viet Nam was evaluated as fair. The failure rates of treating TOA with antibiotic therapy were 27.6%. The factors relating to these failures were considered as follow: age, internal medicine diseases, parity, having fever when admitted to the hospital, being treated with antimicrobial therapy before hospitalization, a palpated mass when performing pelvic examination, cervical motion tenderness, the abscess's diameter measured by ultrasound, participants' white blood counts and CRP when admitted to the hospital.

Conclusion: The Yuval Fouks's Simple risk score's value in predicting the outcomes of Tubo-Ovarian Abscess after treatment with antibiotic therapy in Viet Nam was evaluated as fair. It can possibly be used until a new and high-value predicting model designed for this specific population is created.

Keywords: tubo-ovarian abscess, predict the treatment

ĐẶT VẤN ĐỀ

Áp-xe phần phụ là một trong những biến chứng nặng nề của viêm vùng chậu nếu không chẩn đoán và điều trị kịp thời có thể dẫn đến nhiễm trùng lan rộng, ảnh hưởng tính mạng và khả năng sinh sản trong tương lai.

Tại Việt Nam, chưa ghi nhận một con số cụ thể nào về tỉ mắc bệnh áp-xe phần phụ trong dân số chung. Bệnh viện Từ Dũ là bệnh viện hàng đầu trong lĩnh vực Sản phụ khoa ở khu vực phía Nam, về bệnh áp-xe phần phụ số lượng bệnh tăng đáng kể từ 294 trường hợp trong năm 2015 lên 438 trường hợp năm 2019⁽¹⁾.

Đã có nhiều nghiên cứu trên thế giới từ những năm gần đây mô tả về các đặc điểm về những yếu tố nguy cơ bao gồm cả lâm sàng cũng như cận lâm sàng liên quan đến kết cục điều trị nội như của Akkurt MO⁽²⁾, Farid H⁽³⁾, Greenstein Y⁽⁴⁾, Gungorduk K⁽⁵⁾ hay tại Việt Nam có Trần Duy Anh⁽⁶⁾. Tuy nhiên, chưa có một nghiên cứu nào xây dựng mô hình tiên lượng điều trị áp-xe phần phụ cho đến năm 2019 tác giả Fouks Y sau khi xác định các yếu tố nguy cơ liên quan đến thất bại điều trị kháng sinh áp-xe phần phụ đã đưa ra bảng điểm nguy cơ để tiên lượng điều trị⁽⁷⁾ (Bảng 1).

Mục tiêu

Xác định tỉ lệ điều trị nội khoa thất bại áp-xe phần phụ.

Khảo sát các yếu tố liên quan đến điều trị nội

khoa thất bại ở bệnh nhân áp-xe phần phụ.

Xác định giá trị bảng điểm của Fouks Y trong tiên lượng điều trị nội khoa áp-xe phần phụ.

Bảng 1: Bảng điểm nguy cơ tiên lượng điều trị áp-xe phần phụ của Yuval Fouks⁽⁷⁾

Yếu tố nguy cơ		Điểm số
Tuổi >35		1
Kích thước khối áp-xe /siêu âm ≥70mm		2
Áp-xe 2 bên		1
Bạch cầu >16000/mm ³		1
Nhóm nguy cơ	Tổng điểm	Nguy cơ thất bại
A	0	20%
B	1-2	45%
C	3-4	78%
D	5	90%

ĐỐI TƯỢNG-PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Phụ nữ được chẩn đoán áp-xe phần phụ được điều trị tại khoa Phụ bệnh viện Từ Dũ trong thời gian từ ngày 01/10/2018 đến ngày 31/03/2020.

Tiêu chuẩn nhận vào

Bệnh nhân (BN) được chẩn đoán là áp-xe phần phụ.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân không phải người Việt Nam.

Bệnh nhân có chẩn đoán xác định cuối cùng không phải là áp-xe phần phụ.

Bệnh nhân trốn viện trong quá trình điều trị.

Bệnh nhân tâm thần hoặc có vấn đề trong

giao tiếp.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu.

Cỡ mẫu nghiên cứu

Công thức tính đảm bảo cỡ mẫu:

$$N = \left(\frac{Z_{\alpha/2}}{e} \right)^2 p(1 - p)$$

Với $Z_{\alpha/2}=1,96$; $e = 0,05$.

Nghiên cứu của tác giả Trần Duy Anh tại bệnh viện Từ Dũ⁽⁶⁾ cho tỉ lệ điều trị nội khoa thất bại là 24,6% nên $p=0,246$.

Vậy $N = 285$ trường hợp (TH).

Phương pháp thực hiện

Qua dữ liệu trên hệ thống lưu trữ của bệnh viện Từ Dũ, nghiên cứu viên chọn ra những hồ sơ có chẩn đoán là áp-xe phần phụ với mã ICD-10 là “N70”.

Thông qua những hồ sơ được chọn, có được họ tên bệnh nhân, số nhập viện.

Tìm hồ sơ bệnh án của bệnh nhân tại Kho lưu trữ của bệnh viện Từ Dũ với số lưu trữ tương ứng.

Lọc bệnh án có đủ thông tin thỏa tiêu chí nhận vào và loại trừ.

Qua hồ sơ bệnh án, nghiên cứu viên thu thập các thông tin cần thiết về dịch tễ, tiền căn sản phụ khoa, các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, chẩn đoán xác định, quá trình điều trị, kết quả giải phẫu bệnh, kháng sinh đồ và chuyển thành các biến số có thể phân tích vào bảng thu thập số liệu.

Các biến số bao gồm: biến số nền, biến số độc lập, biến số phụ thuộc.

Biến số nghiên cứu

Biến số phụ thuộc: Biến nhị giá, nhận 2 giá trị thành công và thất bại ghi nhận qua theo dõi diễn tiến lâm sàng và biên bản hội chẩn trong hồ sơ bệnh án.

Thành công: bệnh nhân được sử dụng phác đồ kháng sinh tĩnh mạch đơn thuần và không

can thiệp gì thêm.

Thất bại: sau khi dùng phác đồ kháng sinh tĩnh mạch, bệnh nhân không đáp ứng điều trị, cần can thiệp phẫu thuật để giải quyết khối áp-xe.

Quản lý và phân tích số liệu

Phân tích mô tả số liệu các biến số:

- Đối với biến số liên tục được mô tả dưới dạng bằng trung bình và độ lệch chuẩn nếu tuân theo luật phân phối chuẩn và mô tả dưới dạng bằng trung vị, giá trị lớn nhất, giá trị nhỏ nhất nếu không tuân theo luật phân phối chuẩn.

- Đối với biến số phân nhóm được mô tả bằng tần số và tỉ lệ.

Xác định độ tin cậy, độ chính xác của bảng điểm Yuval Fouks trong tiên lượng điều trị nội khoa áp-xe phần phụ:

Theo tổng điểm nguy cơ.

Theo các yếu tố nguy cơ.

So sánh độ chính xác của bảng điểm theo tổng số điểm và theo các yếu tố nguy cơ.

Theo từng nhóm kháng sinh được sử dụng trong mẫu nghiên cứu và so sánh các nhóm với nhau.

- Xác định độ tin cậy với đường cong ROC, xác định giá trị AUC, khả năng tiên lượng, độ nhạy độ đặc hiệu.

- Xác định độ chính xác dựa vào hệ số xác định R^2 và điểm số Brier.

Xác định tỉ lệ thất bại điều trị nội khoa áp-xe phần phụ.

Xác định tỉ lệ phẫu thuật chủ động trong điều trị áp-xe phần phụ.

Khảo sát mối liên quan các yếu tố nguy cơ đến điều trị nội khoa thất bại áp-xe phần phụ bằng mô hình hồi quy logistic đơn biến.

Kết quả được trình bày bằng tỉ số odds (OR), khoảng tin cậy 95% và chỉ số p.

Y đức

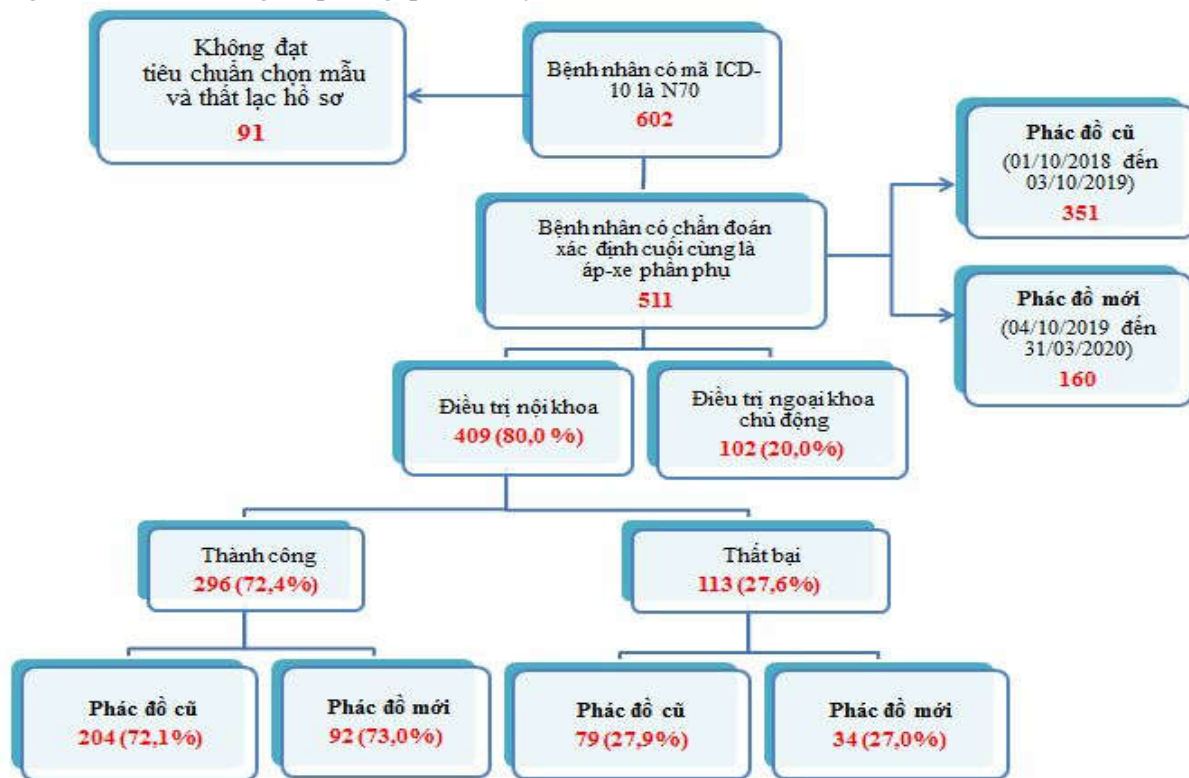
Nghiên cứu này được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y Dược TP. HCM, số 610/ĐHYD-HĐĐĐ, ngày 11/11/2019.

KẾT QUẢ

Trong quá trình thực hiện nghiên cứu đã thu thập toàn bộ số liệu trong thời gian 18 tháng tại bệnh viện Từ Dũ, từ tháng 10 năm 2018 đến hết tháng 3 năm 2020, có tổng cộng 602 bệnh nhân. Trích lục hồ sơ, chỉ thu thập được 511 hồ sơ bệnh án thỏa mãn các điều kiện thu nhận mẫu.

Trong số đó, có 102 bệnh nhân được chỉ định điều trị ngoại khoa (phẫu thuật) chiếm 20,0% và 409 bệnh nhân với 80,0% có chỉ định điều trị nội khoa. Các bệnh nhân đáp ứng các tiêu chuẩn lựa chọn điều trị nội khoa được khởi phát điều trị bằng phác đồ kháng sinh phối hợp, với các tiêu chuẩn đánh giá thất bại trong điều trị nội khoa áp-xe phần phụ, có 113 trường hợp tương đương với 27,6% không đáp ứng phải chuyển

sang phẫu thuật hoặc chọc dò cùng đồ sau qua ngả âm đạo dưới hướng dẫn của siêu âm, còn lại có 409 bệnh nhân với 73,4% thành công với điều trị nội khoa. Tuy nhiên từ ngày 05/10/2019 bệnh viện thay đổi phác đồ lựa chọn kháng sinh ban đầu từ Amoxicillin/A.Clavulanic + Gentamicin + Metronidazol thành Cefotaxim + Metronidazole + Doxycilin đồng thời theo nghiên cứu của Yuval Fouks sử dụng kháng sinh phối ban đầu là Cephalosprin thế hệ 3 + Metronidazole + Doxycilin. Do đó, trong thời gian 12 tháng từ ngày 01/10/2018 đến ngày 04/10/2019 có tỉ lệ điều trị nội thất bại là 27,9% và sau khi thay đổi phác đồ trong 6 tháng thì ghi nhận tỉ lệ đó là 27,0%, có giảm so với trước đó nhưng không nhiều.



Hình 1: Mẫu nghiên cứu

Các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị nội khoa

Bảng 2: Các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị nội khoa (N=511)

Yếu tố nguy cơ		Trị số	Số TH	OR (KTC 95%)	Trị số P
Dịch tể	Tuổi	1 tuổi		1,08 (1,05 đến 1,10)	<0,001
Tiền căn	Bệnh lý nội khoa		79	1,99 (1,10 đến 3,61)	0,025
	Số lần sinh	1 lần		1,48 (1,23 đến 1,79)	<0,001
Triệu chứng cơ	Sốt lúc nhập viện		125	2,18 (1,33 đến 3,57)	0,002

	Yếu tố nguy cơ	Trị số	Số TH	OR (KTC 95%)	Trị số P
năng và thực thể	Điều trị kháng sinh trước nhập viện		107	2,3 (1,37 đến 3,85)	0,002
	Khối sờ chạm vùng chậu		356	2,23 (1,37 đến 3,65)	<0,001
	Lắc cổ tử cung đau		468	7,1 (2,16 đến 23,28)	<0,001
Kết quả cận lâm sàng	Đường kính khối áp-xe qua siêu âm	1 mm		1,05 (1,03 đến 1,07)	<0,001
	Bạch cầu lúc nhập viện	10 ³ bạch cầu/mm ³		1,16 (1,11 đến 1,22)	<0,001
	CRP lúc nhập viện	1mg/l		1,008 (1,005 đến 1,011)	<0,001

*Hồi quy Logistic đơn biến

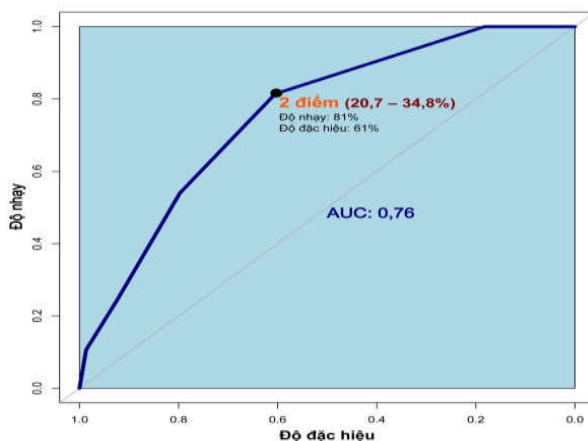
BÀN LUẬN

Điều trị nội thất bại

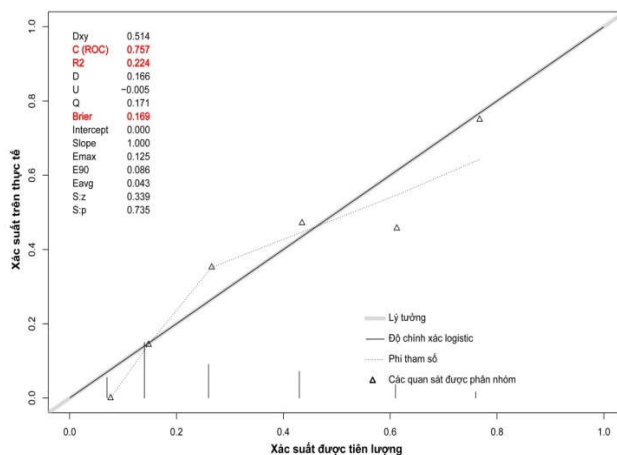
Tỉ lệ điều trị nội thất bại trong nghiên cứu của chúng tôi là 27,6%. Số liệu này tương đương với kết quả của các tác giả Akkurt MO⁽²⁾, Farid H⁽³⁾, Gungorduk K⁽⁵⁾ với các số liệu ghi nhận được lần lượt là 24,6%, 26% và 25,7%. Tuy nhiên, tỉ lệ này cao hơn nhiều so với tác giả McNeeley SG với phác đồ 3 kháng sinh phối hợp Ampicillin + Clindamycin + Gentamycin là 12,5%⁽⁸⁾. Tuy có cùng tỉ lệ thất bại với những nghiên cứu gần đây nhưng phác đồ kháng sinh chúng tôi sử dụng bao gồm 3 kháng sinh phối hợp so với 2 thuốc của các tác giả khác, đồng thời cũng với phác đồ sử dụng 3 thuốc thì tỉ lệ của chúng tôi lại cao gấp 2 lần so với McNeeley SG. Điều đó có thể do tình trạng kháng thuốc trong dân số tại Việt Nam cao, kèm theo sự chậm trễ đến cơ sở y tế khám chữa bệnh khiến tình trạng nhiễm trùng nặng hơn nên phác đồ mạnh hơn là cần thiết; song, thời điểm McNeeley SG nghiên cứu vào năm 1998, thời điểm đó tỉ lệ kháng thuốc thấp hơn nhiều so với hiện nay. Mặt khác, cùng phác đồ sử dụng phối hợp 3 kháng sinh, tỉ lệ thất bại của chúng tôi thấp hơn nhiều so với Fouks Y với tỉ lệ lên đến gần 50% với loại kháng sinh gần như nhau⁽⁷⁾. Với cùng đặc điểm dân số là người châu Á, tuy nhiên trong 3 kháng sinh tác giả sử dụng có 1 kháng sinh được dùng đường uống nên có khả năng hiệu quả điều trị sẽ chậm hơn nghiên cứu của chúng tôi nhưng vẫn đánh giá hiệu quả điều trị nội sau 3 ngày để điều trị phẫu thuật khi có chỉ định mà không kéo dài thêm, trong khi đó tại bệnh viện Từ Dũ có thể đánh giá thêm vài ngày sau nếu tình trạng bệnh có cải thiện đôi chút hoặc có

thể đổi kháng sinh phổ rộng để tránh cho bệnh nhân phải chịu đựng một cuộc phẫu thuật.

Đánh giá giá trị bảng điểm của Yuval Fouks dựa theo tổng số điểm nguy cơ



Hình 2: Đường cong ROC của bảng điểm Yuval Forks theo tổng số điểm nguy cơ



Hình 3: Độ chính xác của bảng điểm Yuval Forks theo tổng số điểm nguy cơ

Về độ tin cậy, khi đánh giá dựa trên tổng số điểm nguy cơ trên 409 bệnh nhân có chỉ định điều trị nội khoa cho giá trị AUC là 0,76 (KTC95% từ 0,71 đến 0,80) ở mức độ khá với khả năng tiên lượng thật lần lượt ở các ngưỡng tuy nhiên ngưỡng phân định tối ưu nhất mà

chúng tôi chọn để làm giới hạn tiên lượng khả năng thất bại của bảng điểm này là 2 điểm khi độ nhạy ở ngưỡng này là 81% (KTC 95% là từ 74,3 đến 88,5) và độ đặc hiệu là 61% (KTC 95% từ 55,1 đến 65,9). Với một bảng điểm mang tính chất để tiên lượng thì chúng tôi đã chọn giá trị độ nhạy cao hơn độ đặc hiệu để làm giảm tỉ lệ âm tính giả để hạn chế tối đa nhất việc bỏ sót những TH có khả năng tiên lượng thất bại.

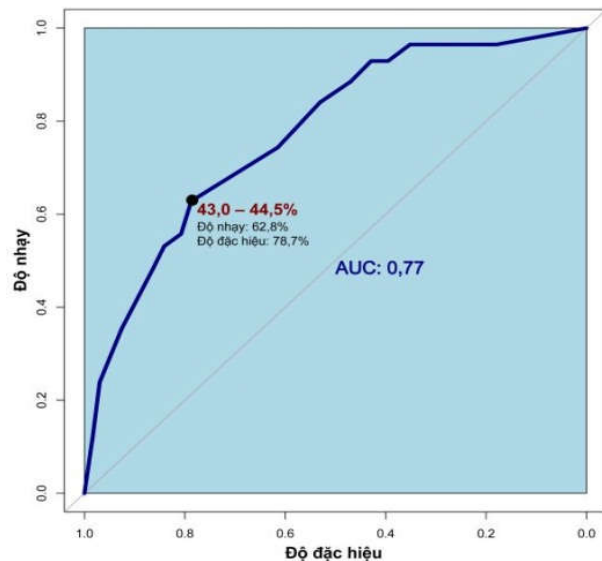
Độ chính xác bảng điểm của Fouks Y tính theo tổng điểm nguy cơ cho giá trị hệ số xác định R² là 0,224; chỉ số Brier là 0,169.

Đánh giá giá trị bảng điểm của Yuval Fouks dựa theo các yếu tố nguy cơ

Bảng 3: Độ chính xác của bảng điểm Yuval Fouks theo các yếu tố nguy cơ

Tuổi	4	<0,0001	R ² : 0,284 Brier: 0,158
Đường kính khối áp-xe	3,3	<0,0001	
Áp-xe 2 bên	0,9	0,7988	
Số lượng bạch cầu lúc nhập viện	3,5	<0,0001	

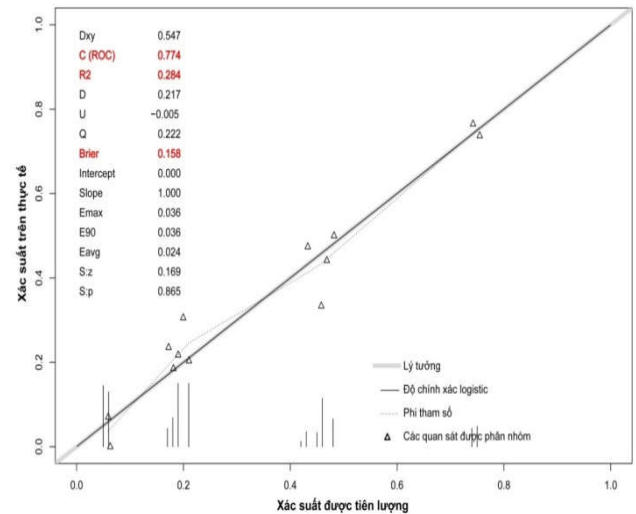
Phân tích các yếu tố nguy cơ theo bảng điểm của Fouks Y thì chỉ có yếu tố tuổi, đường kính khối áp-xe và số lượng bạch cầu lúc nhập viện là có mối liên quan có ý nghĩa thống kê. Riêng yếu tố áp-xe 2 bên có OR=0,9 là không có ý nghĩa thống kê với p=0,7988.



Hình 4: Đường cong ROC của bảng điểm Yuval Fouks theo các yếu tố nguy cơ

Khi đánh giá độ tin cậy của bảng điểm dựa trên các yếu tố nguy cơ trên 409 bệnh nhân cho giá trị AUC=0,77 mức độ khá. Ngưỡng phân định tối ưu nhất là khi khả năng tiên lượng thất bại là 43,0 – 44,5% với độ nhạy là 62,8%, và độ đặc hiệu là 78,7%.

Độ chính xác bảng điểm của Yuval Fouks tính theo các yếu tố nguy cơ cho giá trị hệ số xác định R² là 0,284; chỉ số Brier là 0,158. Điều này cho thấy độ chính xác khi tính theo các yếu tố nguy cơ là tốt hơn so với tính theo tổng điểm. Điều này cũng có thể dễ dàng thấy được qua 2 biểu đồ về độ chính xác của theo các yếu tố nguy cơ (Hình 4) thì các giá trị quan sát được phân bố gần với giá trị lý tưởng hơn so với theo tổng điểm (Hình 5).



Hình 5: Độ chính xác của bảng điểm Yuval Fouks theo các yếu tố nguy cơ

So sánh giá trị bảng điểm của Yuval Fouks theo các nhóm kháng sinh điều trị

Bảng điểm của Yuval Fouks được xây dựng trên phác đồ điều trị nội khoa là Cephalosprin thế hệ 3 + Metronidazole + Doxycilin⁽⁷⁾. Trong mẫu nghiên cứu có 4 nhóm bệnh nhân được sử dụng với 2 nhóm kháng sinh khác nhau là:

Nhóm 1: Amoxicillin - A.Clavulanic + Gentamicin + Metronidazole.

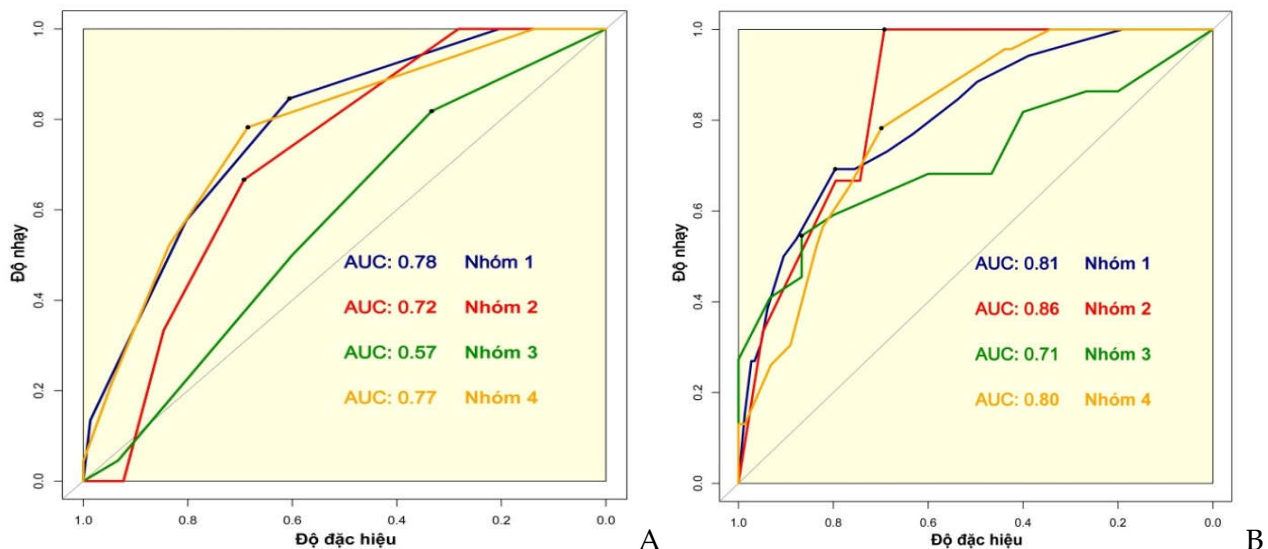
Nhóm 2: Amoxicillin - A.Clavulanic /Gentamicin/Cefotaxim/Doxycilin. + Metronidazole.

Nhóm 3: Piperacillin - Tazobactam + Amikacin.

Nhóm 4: Cefotaxim + Metronidazole + Doxycilin.

Bảng 4: So sánh giá trị bảng điểm của Yuval Fouks theo các nhóm kháng sinh điều trị

Kháng sinh	Nhóm 1 N=199	Nhóm 2 N=42	Nhóm 3 N=37	Nhóm 4 N=96
Thất bại	52 (26,1%)	3 (33,3%)	22 (59,5%)	23 (24%)
Tổng điểm				
OR (Trị số P)	2,3(< 0,0001)	1,6 (0,3037)	1,2 (0,5152)	2,4 (0,0001)
AUC (KTC 95%)	0,78 (0,72 đến 0,85)	0,71 (0,46 đến 0,97)	0,57 (0,38 đến 0,76)	0,77 (0,67 đến 0,87)
Khả năng tiên lượng	> 71,5%	> 16,2%	> 68,3%	> 73,8%
Độ chính xác	R ² : 0,267 Brier: 0,157	R ² : 0,06 Brier: 0,066	R ² : 0,016 Brier: 0,238	R ² : 0,244 Brier: 0,151
Yếu tố nguy cơ				
OR ₁ (Trị số P)	3,8 (0,0007)	3648,6 (0,75)	1,8 (0,47)	10,6 (0,002)
OR ₂ (Trị số P)	3,9 (0,0003)	1 (1)	2 (0,38)	4,8 (0,006)
OR ₃ (Trị số P)	1,1 (0,8225)	1 (1)	0,32 (0,11)	0,99 (0,99)
OR ₄ (Trị số P)	4,5 (0,0001)	0,0005 (0,88)	1,9 (0,39)	4,8 (0,017)
AUC (KTC 95%)	0,81 (0,74 đến 0,87)	0,86 (0,69 đến 1)	0,71 (0,55 đến 0,88)	0,80 (0,71 đến 0,89)
Khả năng tiên lượng	> 78,2%	> 20%	> 77,7%	> 67,9%
Độ chính xác	R ² : 0,333 Brier: 0,143	R ² : 0,361 Brier: 0,057	R ² : 0,178 Brier: 0,211	R ² : 0,328 Brier: 0,142



Hình 5: Đường cong ROC bảng điểm Yuval Fouks theo tổng số điểm và các yếu tố nguy cơ của từng nhóm kháng sinh. A: Theo tổng điểm nguy cơ, B: Theo yếu tố nguy cơ

Khi tính giá trị của bảng điểm theo tổng điểm nguy cơ hay các yếu tố nguy cơ ở từng nhóm kháng sinh chúng tôi thấy ở nhóm 2 và nhóm 3 có mối liên quan này không có ý nghĩa thống kê vì $p > 0,05$. Và 2 nhóm còn lại là nhóm 1 và 4 mối liên quan này đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Đánh giá độ tin cậy của bảng điểm dựa trên tổng số điểm nguy cơ trên nhóm bệnh nhân sử

dụng kháng sinh 1 và 4 cho giá trị AUC gần tương nhau là 0,78 và 0,77; đều ở mức độ khá.

Độ chính xác bảng điểm của Yuval Fouks tính theo tổng điểm nguy cơ của nhóm sử dụng kháng sinh 1 cho giá trị hệ số xác định R² là 0,267; chỉ số Brier là 0,157 và tương đương so với nhóm sử dụng kháng sinh 4 với R² là 0,244 và chỉ số Brier là 0,151.

Khi đánh giá độ tin cậy của bảng điểm dựa

trên các yếu tố nguy cơ trên nhóm bệnh nhân sử dụng kháng sinh 1 và 4 cho giá trị AUC gần tương nhau là 0,81 và 0,80; đều ở mức độ khá.

Độ chính xác bằng điểm của Fouks Y tính theo các yếu tố nguy cơ của nhóm sử dụng kháng sinh 1 cho giá trị hệ số xác định R^2 là 0,333 và chỉ số Brier là 0,143 cũng tương đương so với nhóm 4 là 0,328 và 0,142.

Từ đó có thể thấy rằng về độ tin cậy giá trị AUC ở 2 nhóm tương đương nhau, nếu đánh giá theo tổng điểm thì khả năng tiên lượng ở nhóm 1 thấp hơn nhóm 4, nếu đánh giá theo các yếu tố nguy cơ thì khả năng tiên lượng của nhóm 4 lại cao hơn. Có sự khác biệt này có thể do số lượng mẫu của nhóm 4 ít hơn và chỉ bằng một nửa so với mẫu của nhóm 1. Tuy nhiên, về độ chính xác, ở cả 2 nhóm, dù tính theo tổng điểm hay theo các yếu tố nguy cơ thì với giá trị hệ số R^2 không chênh lệch nhau nhiều nó thể nói là tương đương nhưng điểm số Brier đều thấp hơn dù với mẫu ít hơn cho thấy rằng độ chính xác của bằng điểm đối với nhóm 4 sẽ cao hơn. Điều này cũng có thể giải thích được rằng do nhóm 4 sử dụng dùng một nhóm kháng sinh với tác giả bao gồm Cephalosporin thế hệ thứ 3 + Metronidazole + Doxycilin.

Hạn chế của đề tài

Nhà nghiên cứu chỉ truy cứu hồ sơ tại bệnh viện hoặc các cơ quan lưu trữ để thu thập dữ liệu. Loại hình nghiên cứu này thực hiện nhanh, ít tốn kém nhưng có nhiều sai lệch trong thu thập thông tin, không kiểm soát được các yếu tố gây nhiễu, vì vậy kết quả nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu thường có giá trị thấp hơn so với nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu.

Chúng tôi nghiên cứu trên những bệnh nhân được xác định chẩn đoán áp-xe phần phụ bằng yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng của người bệnh đối với những bệnh nhân điều trị nội khoa thành công, chỉ có những trường hợp được phẫu thuật chúng tôi mới có bằng chứng cuối cùng để chẩn đoán xác định chắc chắn tình trạng áp-xe phần phụ. Vì vậy chẩn đoán phụ thuộc nhiều vào kinh

nghiệm của của người khám và kỹ năng của bác sĩ siêu âm.

Vấn đề kháng sinh sử dụng trong điều trị thường có các đợt thay đổi nguồn cung cấp kháng sinh từ các công ty dược khác nhau, tuy liều lượng hoạt chất kháng sinh trong các thuốc là như nhau nhưng sự khác biệt trong thành phần chất phụ trợ lại có thể ảnh hưởng đến khả năng hấp thu của thuốc vì vậy đây là một hạn chế khách quan không thể can thiệp được.

Những điểm mới và ứng dụng của đề tài

Tại Việt Nam có rất ít các nghiên cứu về áp-xe phần phụ, đã có vài nghiên cứu khảo sát những yếu tố liên quan đến điều trị nội khoa hay phẫu thuật áp-xe phần phụ. Tuy nhiên hiện vẫn chưa có một nghiên cứu nào về mô hình tiên lượng áp-xe phần phụ.

Năm 2019, tác giả Fouks Y đã đưa ra bằng điểm nguy cơ để tiên lượng điều trị nội khoa áp-xe phần phụ⁽⁴⁾. Nhận thấy vấn đề đó thật cần thiết cho các nhà lâm sàng có thể quyết định khi nào nên bắt đầu điều trị kháng sinh và khả năng thất bại với điều trị kháng sinh có thể là bao nhiêu phần trăm để chuyển hướng sang phẫu thuật, cân nhắc giữa lợi ích bảo tồn khả năng sinh sản cho người bệnh với nguy cơ những biến chứng nặng nề của khối áp-xe như vỡ hay nhiễm trùng huyết. Đồng thời đó cũng là công cụ để các nhà lâm sàng có thể tư vấn cho bệnh nhân về tình trạng bệnh với những vấn đề có thể xảy ra trong thời gian điều trị. Bằng điểm của Yuval Fouks trong tiên lượng điều trị nội khoa áp-xe phần phụ cho giá trị ở mức độ khá khi áp dụng tại Việt Nam có thể áp dụng khi chưa có mô hình nào khác tốt hơn do đó nên cần xây dựng mô hình tiên lượng dành riêng cho dân số.

KẾT LUẬN

1. Giá trị bằng điểm của Yuval Fouks trong tiên lượng điều trị nội khoa áp-xe phần phụ ở mức độ khá. Giá trị của bằng điểm khi tính theo các yếu tố nguy cơ tốt hơn khi tính theo tổng điểm nguy cơ. Giá trị của bằng điểm khi dùng cho nhóm bệnh nhân sử dụng kháng sinh

Cephalosprin thế hệ 3 + Metronidazole + Doxycilin cho giá trị cao hơn so với nhóm bệnh nhân được điều trị với kháng sinh Amoxicillin-A.Clavulanic + Gentamicin + Metronidazole nhưng cao hơn không đáng kể.

2. Tỷ lệ điều trị nội khoa thất bại áp-xe phần phụ là 27,6%.

3. Các yếu tố liên quan ảnh hưởng đến điều trị thất bại nội khoa áp-xe phần phụ bao gồm: tuổi (OR: 1,08), tiền căn bệnh lý nội khoa (OR: 1,99), số lần sinh (OR: 1,48), sốt lúc nhập viện (OR: 2,18), Điều trị kháng sinh trước nhập viện (OR: 2,3), khối sờ chạm vùng chậu qua khám trong (OR: 2,23), lắc cổ tử cung đau (OR: 7,1), đường kính khối áp-xe qua siêu âm (OR: 1,05), bạch cầu lúc nhập viện (OR: 1,16), CRP lúc nhập viện (OR: 1,008).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Từ Dũ (2015, 2016, 2017,2018,2019 và quý I/2020). "Báo cáo tổng kết năm của khoa Phụ năm 2015, 2016, 2017,2018,2019 và quý I/2020".
2. Akkurt MO, Yalcin SE, Akkurt I, et al (2015). The evaluation of risk factors for failed response to conservative treatment in tubo-ovarian abscesses. *J Turk Ger Gynecol Assoc*, 16(4):226-230.

3. Farid H, Lau TC, Karmon AE, et al (2016). Clinical Characteristics Associated with Antibiotic Treatment Failure for Tuboovarian Abscesses. *Infect Dis Obstet Gynecol*, 2016:5120293.
4. Greenstein Y, Shah AJ, Vragovic O, et al (2013). Tuboovarian abscess. Factors associated with operative intervention after failed antibiotic therapy. *J Reprod Med*, 58(3-4):101-106.
5. Gungorduk K, Guzel E, Asicioglu Ö, et al (2014). Experience of tubo-ovarian abscess in western Turkey. *Int J Gynaecol Obstet*, 124(1):45-50.
6. Trần Duy Anh, Võ Minh Tuấn (2018). "Khảo sát đặc điểm những trường hợp áp xe phần phụ điều trị nội khoa thất bại tại bệnh viện Từ Dũ". *Luận văn Tốt nghiệp Bác sĩ Nội trú*, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
7. Fouks Y, Cohen A, Shapira U, et al (2019). Surgical Intervention in Patients with Tubo-Ovarian Abscess: Clinical Predictors and a Simple Risk Score. *J Minim Invasive Gynecol*, 26(3):535-543.
8. Bệnh viện Từ Dũ (2019). Áp xe phần phụ. In: Lê Quang Thanh, Phác đồ điều trị Sản phụ khoa 2019, pp.187-197. *NXB Thanh Niên*, TP. Hồ Chí Minh.
9. Bệnh viện Từ Dũ (2019). Quyết định ban hành phác đồ điều trị Áp-xe phần phụ 03/10/2019.
10. McNeeley SG, Hendrix SL, Mazzoni MM, et al (1998). Medically sound, cost-effective treatment for pelvic inflammatory disease and tuboovarian abscess. *Am J Obstet Gynecol*, 178(6):1272-1278.

Ngày nhận bài báo: 10/11/2020
 Ngày nhận phản biện nhận xét bài báo: 06/02/2021
 Ngày bài báo được đăng: 10/03/2021