

rằng khi đường tiêu hóa bị tổn thương thì cơ thể không thể hấp thụ được các chất dinh dưỡng cần thiết cho sức khỏe nên dễ dẫn đến nguy cơ suy dinh dưỡng

V. KẾT LUẬN

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của người bệnh theo Albumin huyết thanh cho thấy kết quả 33,7% thiếu dinh dưỡng vừa, 11,2% thiếu dinh dưỡng nặng và 3,8% thiếu dinh dưỡng rất nặng.

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo BMI đã xác định 24,4% bị SDD, 15,5% tiền béo phì, 9,7% béo phì độ I và 1,0% béo phì độ II.

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của người bệnh ≤ 65 tuổi theo phương pháp SGA đã xác định 21,6% có nguy cơ suy dinh dưỡng nhẹ và vừa và 3,2% suy dinh dưỡng nặng.

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của người bệnh > 65 tuổi theo phương pháp MNA đã xác định 60,8% có nguy cơ SDD và 30,4% SDD

Kết quả nghiên cứu cho thấy giới nữ, tuổi trên 65, trình độ học vấn dưới THPT, và albumin giảm có nguy cơ SDD cao hơn những đối tượng nghiên cứu là nam giới, nhóm tuổi ≤ 65 , có trình độ học vấn từ THPT trở lên và mức albumin bình thường (từ 1,3 đến 259,6 lần). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Nghiên cứu chưa tìm được mối liên quan giữa mắc bệnh kèm theo, thói quen hút thuốc lá, tình trạng lạm dụng rượu bia và thói quen tập thể dục với tình trạng dinh dưỡng với $p > 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sanchez-Rodriguez, D., et al. (2016), Prevalence of malnutrition and sarcopenia in a post-acute care geriatric unit: Applying the new

2. Zheng, H., et al. (2016), Nutrition Status, Nutrition Support Therapy, and Food Intake are Related to Prolonged Hospital Stays in China: Results from the NutritionDay 2015 Survey, *Ann Nutr Metab*, 69(3-4), p. 215-225.
3. Nguyễn Thị Lâm (2016), "Vai trò của dinh dưỡng điều trị và các giải pháp cải thiện công tác chăm sóc dinh dưỡng trong bệnh viện", *Tạp chí Dinh dưỡng và thực phẩm*, 12(3), p. 1-3.
4. Bauer, Judith, Sandra Capra, and M Ferguson (2002), Use of the scored Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) as a nutrition assessment tool in patients with cancer, *European journal of clinical nutrition*, 56(8), p. 779.
5. Nguyễn Thùy Linh (2017), "Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh ung thư tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2016", *Tạp chí dinh dưỡng và thực phẩm*, 13(6), p. 12.
6. Phạm Thị Thu Hương (2013), "Thực trạng dinh dưỡng, kiến thức và thực hành dinh dưỡng của người bệnh ung thư đại tràng điều trị hóa chất tại Trung tâm Y học, hạt nhân và ung bướu bệnh viện Bạch Mai", *Tạp chí dinh dưỡng và thực phẩm*, 9(4).
7. Rasmussen, Henrik Højgaard, et al. (2004), Prevalence of patients at nutritional risk in Danish hospitals, *Clinical nutrition*, 23(5), p. 1009-1015.
8. Lê Thị Hương (2017), "Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh đái tháo đường typ II và một số yếu tố liên quan tại khoa Nội bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2016", *Tạp chí dinh dưỡng và thực phẩm*, 13(4), p. 4
9. Phạm Thu Hương, Nguyễn Thị Lâm và Nguyễn Bích Ngọc (2006), "Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân nhập viện khoa tiêu hóa và khoa nội tiết tại bệnh viện Bạch Mai", *Tạp chí dinh dưỡng và thực phẩm*, 3+4(2).
10. Tô Thị Hải (2014), Nghiên cứu tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân đang điều trị nội trú tại bệnh viện đa khoa huyện Tiên Hải năm 2014, Luận văn Thạc sĩ Y tế Công cộng, Trường Đại học Y Dược Thái Bình.

MỐI LIÊN QUAN VÀ CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN NHIỄM KHUẨN VẾT MỖ Ở BỆNH NHÂN CẮT TỬ CUNG TẠI BỆNH VIỆN HÙNG VƯƠNG

Hà Huỳnh Kim Yến¹, Phan Thị Hằng¹, Nguyễn Xuân Vũ²

TÓM TẮT

Nhiễm khuẩn vết mổ sau phẫu thuật cắt tử cung là loại nhiễm khuẩn bệnh viện thường gặp gây kéo dài thời gian nằm viện, tăng sử dụng và đề kháng kháng sinh. **Mục tiêu:** Xác định mối liên quan của các yếu tố

trước và trong phẫu thuật cắt tử cung ảnh hưởng đến nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ. **Phương pháp:** Nghiên cứu bệnh chứng bắt cặp tỉ lệ 1: 2, thực hiện thu thập số liệu từ hồ sơ bệnh án đối tượng cắt tử cung vì bệnh lý phụ khoa tại bệnh viện Hùng Vương từ 2018 – 2022. **Kết quả:** Nghiên cứu thu nhận 390 bệnh nhân, bao gồm 130 bệnh nhân có nhiễm khuẩn vết mổ (nhóm bệnh) và 260 bệnh nhân không nhiễm khuẩn vết mổ (nhóm chứng) được thực hiện cắt tử cung qua ngã bụng, ngã âm đạo và nội soi. Phân tích đa biến hồi quy logistic cho thấy các yếu tố nguy cơ có liên quan đến nhiễm khuẩn vết mổ sau phẫu thuật cắt tử cung: có bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) trước mổ (aOR = 3,18; 95% CI: 1,51 - 6,71; p=0,002), BMI ≥ 30 (aOR = 3,04; 95% CI: 1,24 - 7,4; p = 0,014), thời

¹Bệnh viện Hùng Vương, TP. HCM

²Đại Học Y khoa Phạm Ngọc Thạch, TP. HCM

Chịu trách nhiệm chính: Hà Huỳnh Kim Yến

Email: hahuynhkimyen@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 11.7.2024

Ngày duyệt bài: 12.8.2024

gian phẫu thuật (aOR = 1,53; 95% CI: 1,18 – 2; p = 0,001), có đặt dẫn lưu sau mổ (aOR = 3,13; 95% CI: 1,25-7,84; p=0,011). **Kết luận:** Có bệnh đái tháo đường trước mổ, béo phì (BMI \geq 30), thời gian phẫu thuật kéo dài, có đặt dẫn lưu lúc mổ là các yếu tố liên quan đến nhiễm khuẩn vết mổ sau phẫu thuật cắt tử cung. **Từ khóa:** Nhiễm khuẩn vết mổ, phẫu thuật cắt tử cung

SUMMARY

IDENTIFYING RISK FACTORS FOR SURGICAL SITE INFECTION IN HYSTERECTOMY PATIENTS AT HUNG VUONG HOSPITAL

Background: Surgical site infection (SSI) after hysterectomy was a common hospital - acquired infection that prolongs hospital stay, increases antibiotic use and resistance. **Objectives:** Determining the preoperative and intraoperative risk factors associated with SSI after hysterectomy. **Methods:** Case-control study with a ratio of 1: 2, collecting data from medical records of subjects undergoing hysterectomy for gynecological diseases at Hung Vuong hospital from 2018 – 2022. **Results:** The study recruited 390 patients, including 130 patients with surgical site infections (case group) and 260 patients without surgical site infections (control group) who underwent hysterectomy through different methods: abdominal, vaginal, and laparoscopic. Multivariate logistic regression analysis showed risk factors associated with SSI included preoperative diabetes (aOR = 3,18; 95% CI: 1,51 - 6,71; p=0,002), body mass index (BMI) \geq 30 (aOR = 3,04; 95% CI: 1,24 – 7,4; p = 0,014), duration of surgery (aOR = 1,53 95% CI: 1,18 – 2; p = 0,001), surgical drainage (aOR = 3,13; 95% CI: 1,25-7,84; p=0,011). **Conclusions:** Preoperative diabetes, obesity (BMI \geq 30), increased operation duration, surgical drainage are risk factors for SSI in women undergoing hysterectomy.

Keywords: Surgical site infection, hysterectomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn vết mổ (NKVM) sau phẫu thuật (PT) cắt tử cung là là vấn đề quan trọng trong công tác nâng cao chất lượng chăm sóc và điều trị của bệnh viện chuyên về Sản Phụ Khoa trong nước và trên thế giới. Các yếu tố như tuổi, BMI, đái tháo đường, ASA \geq 3 điểm, thời gian phẫu thuật, lượng máu mất trong lúc mổ, việc đặt ống dẫn lưu sau mổ là các yếu tố liên quan nhiễm khuẩn vết mổ sau cắt tử cung trong nhiều nghiên cứu tại Mỹ và Châu Âu, Châu Á^{1,2,3}.

Bệnh viện Hùng Vương là một trong những bệnh viện chuyên ngành Sản Phụ Khoa lớn trong cả nước với mỗi năm thực hiện khoảng 700 trường hợp cắt tử cung qua ngã bụng, âm đạo và nội soi mỗi năm. Trong nghiên cứu trước đây, tỉ lệ nhiễm khuẩn vết mổ sau cắt tử cung và các yếu tố liên quan chủ yếu là cắt tử cung ngã âm đạo và ngã bụng. Chúng tôi mong muốn thực

hiện một nghiên cứu khảo sát NKVM sau phẫu thuật cắt tử cung (ngả bụng, âm đạo và nội soi) với câu hỏi: "Những yếu tố nào ảnh hưởng đến nhiễm khuẩn vết mổ trong cắt tử cung?". Từ đó, kết quả đạt được trong nghiên cứu này đóng góp cho công tác phòng ngừa nhiễm khuẩn bệnh viện tốt hơn, giảm thiểu số trường hợp nhiễm khuẩn vết mổ, giảm chi phí cho bệnh viện và người bệnh, giảm nguy cơ kháng thuốc của vi khuẩn, giảm gánh nặng bệnh tật cho bệnh nhân và xã hội.

Mục tiêu nghiên cứu:

- Nghiên cứu có mục tiêu là xác định mối liên quan giữa có bệnh đái tháo đường trước mổ, thời gian phẫu thuật với nhiễm khuẩn vết mổ sau phẫu thuật cắt tử cung tại bệnh viện Hùng Vương.

- Ngoài ra còn xác định các yếu tố liên quan trước phẫu thuật (BMI, nồng độ hemoglobin trước mổ, đường huyết trước mổ, thời gian nằm viện trước mổ, điểm ASA), các yếu tố trong phẫu thuật (đặt dẫn lưu lúc mổ, lưu thông tiểu sau mổ, lượng máu mất lúc mổ, có truyền máu trong hay sau mổ, phân loại phẫu thuật) với nhiễm khuẩn vết mổ sau phẫu thuật cắt tử cung.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

○ **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu bệnh chứng bắt cặp tỉ lệ 1:2

○ **Đối tượng nghiên cứu.** Chúng tôi thu nhận vào nghiên cứu các bệnh nhân có chỉ định cắt tử cung do bệnh lý phụ khoa lành tính và ác tính qua ngã ngã bụng, ngã âm đạo, nội soi ổ bụng. Tái khám tại bệnh viện Hùng Vương trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật và có đầy đủ các thông tin nghiên cứu từ 01/01/ 2018 đến 31/12/2022. Các bệnh nhân được phân vào nhóm bệnh nếu có nhiễm khuẩn vết mổ được chẩn đoán dựa trên tiêu chuẩn CDC 2017⁴. Nhóm chứng gồm các bệnh nhân không nhiễm khuẩn vết mổ trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật. Loại khỏi nghiên cứu các trường hợp: có sốt trước phẫu thuật; bệnh lý nhiễm khuẩn toàn thân trước phẫu thuật (ví dụ: viêm phổi, nhiễm trùng huyết, viêm đài bể thận cấp); đang điều trị áp xe phần phụ, viêm phần phụ trước phẫu thuật hay chỉ định cắt tử cung do áp xe phần phụ, nang buồng trứng áp xe hóa, viêm phúc mạc nghi do áp xe phần phụ, viêm vùng chậu; nhiễm trùng da trước phẫu thuật; các trường hợp nhiễm khuẩn vết mổ đến điều trị tại bệnh viện Hùng Vương do phẫu thuật cắt tử cung tại bệnh viện khác

○ **Cỡ mẫu.** Theo mục tiêu nghiên cứu chính, chúng tôi tính cỡ mẫu dựa vào 2 yếu tố có bệnh đái tháo đường trước mổ và thời gian phẫu thuật.

Yếu tố có bệnh đái tháo đường trước mổ cỡ mẫu được tính theo công thức so sánh 2 tỉ lệ có hiệu chỉnh, với $\alpha = 0,05$; $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$; $1 - \beta = 0,8$; biến số trong mục tiêu chính của nghiên cứu chúng tôi được dựa vào nghiên cứu Nguyễn Văn Trương và cộng sự với $p_2 = 17,4$ OR = 3,16¹

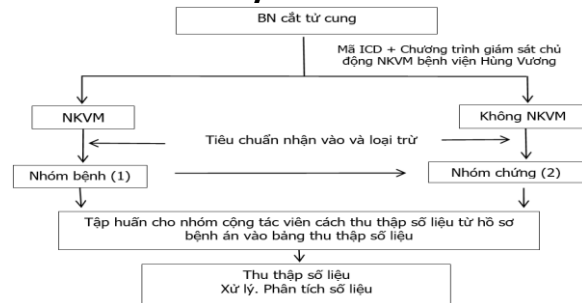
=> nhóm bệnh: 74 trường hợp, nhóm chứng: 148 trường hợp. Cỡ mẫu: 222 trường hợp.

Đối với biến số thời gian phẫu thuật cỡ mẫu được tính theo công thức so sánh 2 số trung bình, với $\alpha = 0,05$; $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$; $1 - \beta = 0,8$; theo nghiên cứu tác giả Morgan và cộng sự trung bình thời gian phẫu thuật (giờ) nhóm bệnh và độ lệch chuẩn $2,6 \pm 1,3$; trung bình thời gian phẫu thuật (giờ) nhóm chứng và độ lệch chuẩn $2,2 \pm 1$ => nhóm bệnh: 108 trường hợp, nhóm chứng: 216 trường hợp. Cỡ mẫu: 324 trường hợp.

Cỡ mẫu đáp ứng được năng lực mẫu 80% và đại diện cho mục tiêu chính của nghiên cứu là 324 trường hợp với 108 trường hợp nhóm bệnh và 216 trường hợp nhóm chứng.

o **Chọn mẫu**

- **Các bước chọn mẫu như sau:**



Sơ đồ 1. Sơ đồ thu thập mẫu nghiên cứu

(1) Nhóm bệnh: lấy mẫu toàn bộ số đối tượng NKVM được đánh giá dựa trên chương trình giám sát chủ động NKVM của bệnh viện Hùng Vương

(2) Nhóm chứng: người bệnh không tái nhập viện hoặc quay lại tái khám vì lý do nhiễm khuẩn vết mổ trong vòng 30 ngày sau mổ. Với mỗi đối tượng nhóm bệnh chúng tôi sẽ chọn 2 đối tượng vào nhóm chứng bằng phân nhóm ngẫu nhiên dựa vào phần mềm Randomization (<https://www.randomizer.org/>) 3 số cuối của mã

ID bệnh nhân trong nhóm không NKVM có cùng nhóm tuổi, năm PT cắt tử cung, hình thức phẫu thuật cắt tử cung với đối tượng trong nhóm bệnh (ví dụ: 1 người trong nhóm bệnh 32 tuổi được cắt TC ngã bụng năm 2018 thì sẽ chọn 2 người trong nhóm không NKVM để vào nhóm chứng có tuổi năm trong nhóm từ 30 đến 39 tuổi cũng cắt TC ngã bụng năm 2018).

Dữ liệu được kiểm tra, mã hóa, nhập liệu và quản lý, phân tích bằng phần mềm Excel 2016, Stata 14. Hồi quy logistic đa biến để xác định mối liên quan giữa tỉ lệ NKVM với các yếu tố trước và trong phẫu thuật cắt tử cung.

Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được chấp thuận của Hội đồng đạo đức Bệnh viện Hùng Vương theo Quyết định số: 5692/HĐĐĐ - BVHV ngày 19/11/2022.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ ngày 1 tháng 1 năm 2018 đến ngày 31 tháng 12 năm 2022 có 3453 phẫu thuật cắt tử cung, có 3113 trường hợp tái khám sau phẫu thuật khoảng 1 tháng; có 147 ca nhiễm khuẩn vết mổ sau phẫu thuật cắt tử cung. Tuy nhiên, nghiên cứu chỉ thu nhận 130 trường hợp NKVM vào nhóm bệnh vì loại 17 trường hợp mổ cắt tử cung (10 ca áp xe phần phụ; 2 ca điều trị kháng sinh trước mổ do ứ dịch lòng tử cung và nhiễm trùng chưa rõ nguyên nhân; 2 ca tiền căn đã cắt tử cung bán phần trước mổ; 3 ca không tìm đủ nhóm chứng). Từ đó mẫu nghiên cứu của chúng tôi là 390 trường hợp cắt tử cung (130 ca nhóm bệnh: 260 ca nhóm chứng) qua ngã bụng, ngã âm đạo, nội soi với cùng độ tuổi, phương thức và năm cắt tử cung. Chúng tôi còn ghi nhận có 73 ca (56,15%) NKVM nông; 15 ca (11,54%) NKVM sâu; 42 ca (32,31%) NKVM tại mỏm cắt và 1 trường hợp NKVM tại khoang cơ quan.

Đặc điểm cơ bản của đối tượng nghiên cứu được trình bày trong Bảng 1. Trong 390 bệnh nhân cắt tử cung có tuổi (trung vị) $51,81 \pm 9,22$; đa phần bệnh nhân sống tại các tỉnh khác (54,87%) và công việc chiếm tỉ lệ cao nhất là nội trợ (48,97%); cao huyết áp là bệnh lý đi kèm trước mổ cao nhất với 35,7%.

Bảng 2. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Các yếu tố	Tổng n (%)	Nhóm bệnh n (%)	Nhóm chứng n (%)	p
Tuổi				
Trung vị (tứ phân vị)	51,81 ± 9,22	51,74 ± 9,5	51,85 ± 9,1	0,913
Dân tộc				
Kinh	368 (94,36)	119 (91,54)	249 (95,77)	0,17
Hoa	18 (4,62)	9 (6,92)	9 (3,46)	
Khác	4 (1,03)	2 (1,54)	2 (0,77)	
Nơi ở hiện tại				

TP. HCM	176 (45,13)	67 (51,54)	109 (41,92)	0,072
Tỉnh thành khác	214 (54,87)	63 (48,46)	151 (58,08)	
Nghề nghiệp				
Công nhân	35 (8,97)	12 (9,23)	23 (8,85)	0,57
Kinh doanh/buôn bán	54 (13,85)	15 (11,54)	39 (15)	
Nội trợ	191 (48,97)	71 (54,62)	120 (46,15)	
Công nhân viên	16 (4,10)	5 (3,85)	11 (4,23)	
Khác	94 (24,10)	27 (20,77)	67 (25,77)	
Bệnh lý nội khoa đi kèm				
Không	169 (47,88)	49 (47,12)	120 (48,78)	0,95
Cao huyết áp	126 (35,7)	37 (35,58)	89 (36,17)	
Cường giáp	7 (1,98)	2 (1,92)	5 (2,03)	
Khác	51 (14,44)	18 (15,38)	33 (13,02)	
Có vết mổ thành bụng				
Có	120 (30,77)	46 (35,38)	74 (28,46)	0,16
Không	270 (69,23)	84 (64,62)	186 (71,54)	

Phân tích đơn biến các yếu tố trước và trong phẫu thuật không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa NKVM sau phẫu thuật cắt tử cung và nồng độ Hemoglobin trước mổ; thời gian nằm viện trước mổ; phân loại phẫu thuật viên chính; phương thức cắt tử cung; phân loại phẫu thuật, có đặt thông tiểu lưu sau mổ với $p > 0,05$. Đối với biến số vị trí rạch da khi phẫu thuật cắt tử cung với vị trí rạch da đường dọc rốn vệ có số chênh NKVM gấp 1,72 lần so với đường rạch da

ngang trên vệ với $p < 0,05$ tuy nhiên không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi vào bụng bằng trocar hay ngã âm đạo so với đường ngang trên vệ vì vậy biến số vị trí rạch da chúng tôi sẽ đưa vào phân tích đa biến. Bảng 2 dưới đây trình bày 8 yếu tố có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với NKVM bao gồm: BMI; đường huyết trước mổ, điểm ASA trước mổ; lượng máu mất lúc mổ, có truyền máu trong hay sau mổ, có đặt dẫn lưu sau mổ, thời gian phẫu thuật.

Bảng 2. Phân tích đơn biến giữa các yếu tố trước phẫu thuật với NKVM sau PT cắt tử cung

Các yếu tố	Nhóm bệnh n (%)	Nhóm chứng n (%)	OR	95% CI	p
Có bệnh ĐTĐ trước mổ					
Không	104 (80)	246 (94,62)	1		
Có	26 (20)	14 (5,38)	4,39	2,21 - 8,75	< 0,001
BMI					
BMI < 30	111 (85,38)	251 (96,54)	1		
BMI ≥ 30	19 (14,62)	9 (3,46)	4,77	2,09 - 10,88	< 0,001
Đường huyết trước mổ					
Trung vị (tứ phân vị)	101,9 (92 - 116,69)	99 (92 - 107,8)	1,01	1,001 - 1,02	0,023
Điểm ASA					
< 3 điểm	108 (83,08)	235 (90,38)	1		
≥ 3 điểm	22 (16,92)	25 (9,62)	1,91	1,03 - 3,55	0,039
Thời gian phẫu thuật					
Trung vị (tứ phân vị)	2,7 (1,8 - 2,9)	2 (1,5 - 2,8)	1,71	1,34 - 2,17	<0,001
Vị trí rạch da					
Đường ngang vệ	40 (26,67)	110 (73,33)	1		
Đường dọc rốn vệ	72 (38,50)	115 (61,50)	1,72	1,08 - 2,75	0,022
Trocar	14 (34,15)	27 (65,85)	1,43	0,68 - 2,99	0,347
Ngã âm đạo	4 (33,33)	8 (66,67)	1,38	0,39 - 4,82	0,619
Dẫn lưu sau mổ					
Không	110 (82,62)	252 (96,92)	1		
Có	20 (15,38)	8 (3,08)	5,72	2,44 - 13,39	<0,001
Lượng máu mất lúc mổ					
≤ 500 ml	117 (31,97)	249 (68,03)	1		
> 500 ml	13 (54,17)	11 (45,83)	2,52	1,09 - 5,78	0,025
Truyền máu trong, sau mổ					

Không	113 (31,48)	246 (68,52)	1		
Có	17 (54,84)	14 (45,16)	2,64	1,26 – 5,55	0,008

OR: odds ratio, 95% CI: 95% confidence interval

Trong Bảng 3 mô hình phân tích hồi quy logistic đa biến, có 8 yếu tố được đưa vào phân tích khi phân tích đơn biến có $p < 0,2$. Kiểm định Hosmer-Lemeshow Chi bình phương, với $p=0,28$ kết luận mô hình cuối cùng phù hợp với dữ liệu và độ hợp tuyến ở mức độ chấp nhận (VIF = 1,21). Mô hình cuối cùng gồm các yếu tố thời gian phẫu thuật, có bệnh đái tháo đường, BMI, có dẫn lưu sau mổ.

Bảng 3. Phân tích đa biến đánh giá mối liên quan giữa các yếu tố phẫu thuật với nhiễm khuẩn vết mổ phụ khoa sau PT cắt tử cung

Các yếu tố	OR (95% CI)	p	aOR (95% CI)	p*
Thời gian phẫu thuật	1,71 (1,34 - 2,17)	<0,001	1,53 (1,18 - 2)	0,001
Có bệnh đái tháo đường trước mổ	4,39 (2,21 - 8,75)	<0,001	3,18 (1,51 - 6,71)	0,002
Dẫn lưu sau mổ	5,72 (2,44 - 13,39)	<0,001	3,13 (1,25 - 7,84)	0,015
BMI	4,77 (2,09 - 10,88)	<0,001	3,04 (1,24 - 7,4)	0,014

aOR: OR hiệu chỉnh, p*: p hiệu chỉnh

IV. BÀN LUẬN

Kết quả phân tích đa biến mô hình hồi quy logistic của chúng tôi cho thấy bệnh nhân đái tháo đường trước mổ làm tăng nguy cơ NKVM với aOR = 3,18 (95% CI: 1,51 – 6,71; $p = 0,002$). Tương đồng với nghiên cứu của tác giả AeuMurp G.Lake và cộng sự (cs) (2013) cho thấy bệnh đái tháo đường tăng nguy cơ NKVM gấp 1,54 lần (95% CI: 1,06 – 2,24; $p = 0,02$). Nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu của tác giả Innies Chen và cs (2015) cũng kết luận bệnh nhân mắc bệnh đái tháo đường có mối liên quan đến NKVM với OR = 1,35 (95% CI: 1,18 – 1,53; $p < 0,05$)^{5,6}. Có một số cơ chế có thể giải thích vì sao đái tháo đường có liên quan đến NKVM. Bệnh nhân có đường huyết không ổn định làm giảm chức năng bạch cầu trung tính và nguyên bào sợi, giảm tổng hợp collagen, đồng thời tình trạng căng thẳng trước mổ cũng làm tăng đường huyết và gây cản trở lành vết thương sau phẫu thuật⁷.

Dùng chỉ số BMI là biến định tính cho kết quả bệnh nhân có BMI ≥ 30 làm tăng nguy cơ NKVM với aOR = 3,04 (95% CI: 1,24 – 7,4), $p = 0,014$. Kết quả của chúng tôi tương đồng với một số tác giả trên thế giới. Tác giả Morgan và cs (2016) cho kết luận BMI ≥ 30 làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ gấp 1,28 lần với 95% CI: 1,01 - 1,62; $p = 0,04$ ². Kết quả nghiên cứu chúng tôi có aOR cao hơn của tác giả Morgan, sự khác biệt này có thể do tác giả thực hiện nghiên cứu thu nhận cắt tử cung qua ngã bụng và nội soi, tuổi < 50 tuổi chiếm 60,6% trong khi nghiên cứu chúng tôi độ tuổi trung bình lớn hơn và thu nhận cắt tử cung cả ngã bụng, âm đạo và nội soi. Nghiên cứu hồi cứu với tỉ lệ nhóm bệnh: nhóm chứng (1:1) của tác giả Dong Wang và cs (2022): "Mỗi lần tăng 0,123 chỉ số BMI thì tỉ lệ NKVM tăng 1,131 lần (95% CI: 1,012 – 1,263), $p = 0,029$ ³. Dù biến số BMI được phân tích như

một biến định lượng hay một biến định tính, dù các nghiên cứu được thực hiện trên những bệnh nhân có các đặc điểm dân số học khác nhau, thì các kết quả cũng đều cho thấy có mối liên quan giữa BMI (béo phì) và NKVM ở những bệnh nhân phẫu thuật cắt tử cung.

Thời gian phẫu thuật càng dài càng tăng nguy cơ NKVM với mỗi giờ thời gian phẫu thuật tăng thêm làm tăng nguy cơ NKVM với aOR= 1,53 (95% CI: 1,18 – 2), $p = 0,001$. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Morgan và cs cũng cho thấy mối liên quan giữa NKVM và thời gian phẫu thuật với OR = 1,3 (95% CI: 1,19 - 1,42), $p < 0,001$ ². Và tại Hoa Kỳ thời gian phẫu thuật đã được đưa vào danh mục quốc gia, là chỉ số nguy cơ giám sát nhiễm trùng bệnh viện được sử dụng phổ biến để phân tầng dữ liệu giám sát NKVM theo rủi ro và để so sánh điểm chuẩn về tỉ lệ NKVM⁸.

Nhóm bệnh nhân có đặt ống dẫn lưu lúc mổ làm tăng nguy cơ NKVM so với nhóm bệnh nhân không đặt ống dẫn lưu sau mổ với aOR= 3,13 (95% CI: 1,25 – 7,84), $p = 0,011$. Tương đồng với nghiên cứu của tác giả Dong Wang và cs (2020) chỉ ra rằng: "Bệnh nhân không dẫn lưu sau phẫu thuật thì giảm 0,223 lần nguy cơ NKVM (OR = 0,223, 95% CI: 0,094 – 0,531), $p = 0,001$ "³. Điều này cho thấy dẫn lưu sau phẫu thuật có thể vì cuộc mổ khó gây ứ đọng dịch cần dẫn lưu làm tăng nguy cơ NKVM, và yếu tố không đặt dẫn lưu là yếu tố bảo vệ. Nghiên cứu của tác giả Holly L.Steiner và cs (2017), với phương pháp tổng hợp và đánh giá các nghiên cứu về NKVM trong phẫu thuật phụ khoa, cho thấy: "Dữ liệu về đặt ống dẫn lưu trong các nghiên cứu có phần khác nhau, nhưng hầu hết phản đối việc sử dụng dẫn lưu để dự phòng thông thường⁹. Vì vậy chúng tôi cũng đồng quan điểm không nên đặt ống dẫn lưu sau mổ nếu không có

chỉ định vì làm tăng nguy cơ NKVM.

Vì nghiên cứu hồi cứu nên chúng tôi không thu thập những yếu tố về môi trường (ekip phẫu thuật vệ sinh tay đúng kỹ thuật không, sát khuẩn vùng phẫu thuật có đủ thời gian không, tuân thủ nguyên tắc vô khuẩn không,...).

V. KẾT LUẬN

Có bệnh đái tháo đường trước mổ, béo phì BMI ≥ 30 , thời gian phẫu thuật kéo dài và có đặt ống dẫn lưu lúc mổ là những yếu tố nguy cơ ảnh hưởng NKVM tìm thấy được từ kết quả nghiên cứu này.

VI. LỜI CẢM ƠN

Các tác giả xin cảm ơn BS CKII Nguyễn Bảo Trị, ThS Đinh Phạm Phương Anh, nhân viên Nguyễn Trần Anh Huy, nhân viên Phạm Thị Thúy Phương, nhân viên Huỳnh Ngọc Phước của BV Hùng Vương đã giúp đỡ trong quá trình thu thập số liệu của nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Trương; Nguyễn Thị Thanh Minh; Trịnh Tuyết Anh. Nhiễm khuẩn vết mổ sau mổ cắt tử cung tại bệnh viện Hùng Vương. Thời sự Y học, Hội Y học thành phố Hồ Chí Minh. 2009;38:7-12.
2. Morgan DM SC, Streifel KM, Kamdar NS, Uppal S, Burgunder-Zdravkovski L, Pearlman MD, Fenner DE, Campbell DA. Surgical site infection following hysterectomy: adjusted rankings in a regional collaborative. Am J

- Obstet Gynecol 2016;214(2):259.e1-259.e8. doi:doi: 10.1016/j.ajog.2015.10.002
3. Wang D CY, Deng J, Xiao G, Li Y, Lin L, You Y. A Retrospective Study from 2 Tertiary Hospitals in China to Evaluate the Risk Factors for Surgical Site Infections After Abdominal Hysterectomy in 188 Patients. Med Sci Monit. 2022;doi:10.12659/MSM.936198
4. Sandra I. Berríos-Torres CAU, Dale W. Bratzler, Brian Leas, Erin C. Stone. Centers for Disease Control and Prevention Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection, 2017. JAMA Surgery. 2017;152(8):784-791.
5. Lake AG, McPencow AM, Dick-Biascochea MA, Martin DK, Ereksion EA. Surgical site infection after hysterectomy. Am J Obstet Gynecol. Nov 2013;209(5):490 e1-9. doi:10.1016/j.ajog.2013.06.018
6. Chen I CA, Schramm D, Cameron DW, Leung V, Singh SS, Hopkins L, Arendas K, Mallick R. Type of Pelvic Disease as a Risk Factor for Surgical Site Infection in Women Undergoing Hysterectomy. J Minim Invasive Gynecol. 2019; 26(6):1149-1156. doi:10.1016/j.jmig.2018.11.015
7. Ling ML AA, Abbas A, Morikane K, Lee KY, Warriar A, Yamada K. APSIC guidelines for the prevention of surgical site infections. Antimicrob Resist Infect Control. 2019;8:174. doi:10.1186/s13756-019-0638-8
8. Pop-Vicas A MJ, Schmitz M, Al-Niaimi A, Safdar N. Incidence and risk factors for surgical site infection post-hysterectomy in a tertiary care center. Am J Infect Control. 2017;45(3):284-287.
9. Steiner HL, Strand EA. Surgical-site infection in gynecologic surgery: pathophysiology and prevention. Am J Obstet Gynecol. Aug 2017; 217(2):121-128. doi:10.1016/j.ajog.2017.02.014

KHẢO SÁT TỔN THƯƠNG LỆCH VẠO THÁP MŨI SAU CHẤN THƯƠNG TRÊN PHIM CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH

Nguyễn Anh Tuấn¹, Nguyễn Xuân Khái², Vũ Quang Vinh³, Lê Trần Quang Minh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm vẹo tháp mũi sau chấn thương trên cắt lớp vi tính (CLVT). **Đối tượng, phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang, tiến cứu trên 40 bệnh nhân (BN) vẹo tháp mũi (VTM) di chứng do chấn thương được phẫu thuật tại Bệnh viện Tai Mũi Họng TP Hồ Chí Minh trong thời gian từ 12/2020 đến 12/2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $33,7 \pm 9,89$. Giới tính: Phần lớn

BN là nam giới, chiếm 70%, tỉ lệ Nam/Nữ là 7/3. Lí do vào viện do thẩm mỹ vẹo tháp mũi chiếm đa số (52,5%) và do nghẹt mũi chiếm 47,5%. Vẹo tháp mũi dạng I hay gấp nhất, chiếm 87,5%. Góc α đo được trên cắt lớp vi tính trung bình là $17,52 \pm 7,37^\circ$. Góc van mũi trong trước phẫu thuật trung bình ở bên phải là $18,73 \pm 7,62^\circ$ và ở bên trái là $19,05 \pm 6,61^\circ$. Tổn thương kết hợp hay gấp nhất là vỡ xương vách ngăn, chiếm 67,5%. **Kết luận:** Vẹo tháp mũi dạng I hay gấp nhất, chiếm 87,5%. Góc α đo được trên CLVT trung bình là $17,52 \pm 7,37^\circ$. Góc van mũi trong trước phẫu thuật ở bên phải là $18,73 \pm 7,62^\circ$ và ở bên trái là $19,05 \pm 6,61^\circ$. Tổn thương kết hợp hay gấp nhất là vỡ xương vách ngăn, chiếm 67,5%. **Từ khóa:** Vẹo tháp mũi, Chấn thương, Cắt lớp vi tính.

¹Bệnh viện Tai Mũi Họng TP Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Quân y 103

³Học Viện Quân Y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Anh Tuấn
Email: drtuan07@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 12.7.2024

Ngày duyệt bài: 12.8.2024

SUMMARY

STUDY THE COMPUTED TOMOGRAPHY CHARACTERISTICS OF THE CROOKED