

phẫu thuật tá tụy, lấy sỏi đường mật. Can thiệp phẫu thuật trong nghiên cứu ít trường hợp tác động lên hệ thống lưu thông tiêu hóa. Kết quả của chúng tôi tương đương kết quả của tác giả Cao Thị Anh Đào[8] trung bình là 44.18h, thấp hơn kết quả của tác giả Nguyễn Trung Kiên[1] ở nhóm PCEA là 58.4 ± 7 giờ, đối tượng nghiên cứu chủ yếu phẫu thuật cắt dạ dày (66.7%), là phẫu thuật tác động lên lưu thông tiêu hóa nên thời gian trung tiện dài hơn.

Theo Manion[5], giảm đau đường NMC ngực gây ức chế giao cảm ngực được chứng minh có lợi ích với hệ tiêu hóa, làm giảm thời gian liệt ruột, tăng lưu lượng máu tới ruột và ngăn ngừa giảm pH acid trong tế bào niêm mạc dạ dày sau phẫu thuật bụng, tăng nhu động dạ dày, ruột vì sự ngăn chặn kích thích thần kinh hướng tâm và dẫn truyền ly tâm của thần kinh giao cảm ngực - lưng. Qua đó làm tăng khả năng phục hồi chức năng hệ tiêu hóa.

Thời gian nằm viện trung bình của nhóm RF thấp hơn của nhóm BF. Thời gian nằm viện phụ thuộc vào sự phát triển trình độ phẫu thuật viên, thời điểm nằm viện (từng năm), từng bệnh viện và từng quốc gia khác nhau. Ngoài ra vấn đề chăm sóc và dinh dưỡng sau mổ cũng tác động lớn đến thời gian nằm viện của bệnh nhân.

Tỷ lệ hài lòng người bệnh nhóm RF cao hơn nhóm BF. Cả hai nhóm đều đạt mức độ hài lòng và rất hài lòng, không có trường hợp nào ở mức độ không hài lòng và rất không hài lòng, điều này chứng minh cả hai phương pháp đem lại hiệu quả giảm đau tốt cho người bệnh sau mổ.

V. KẾT LUẬN

- Giảm đau sau mổ ropivacain 0,125% - fentanyl 2 μ g/ml và bupivacain 0,125% - fentanyl

2 μ g/ml có hiệu quả cao và tương đương nhau khi nghỉ và vận động.

- Trung bình tỷ lệ số lần yêu cầu giảm đau thành công của nhóm sử dụng BF cao hơn so với nhóm sử dụng RF.

- Thời gian nằm viện sau mổ và thời gian trung tiện sau mổ nhóm sử dụng BF đều cao hơn nhóm sử dụng RF.

- Mức độ rất hài lòng của nhóm ropivacain cao hơn bupivacain. Cả hai nhóm đều đạt mức hài lòng trở lên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Trung Kiên (2014): Nghiên cứu hiệu quả giảm đau đường ngoài màng cứng ngực bằng hỗn hợp bupivacain-fentanyl do bệnh nhân tự điều khiển sau mổ vùng bụng trên ở người cao tuổi, Viện nghiên cứu khoa học Y Dược lâm sàng 108.
2. Trần Đức Tiệp (2017): "So sánh ropivacain - fentanyl và bupivacain - fentanyl để giảm đau sau mổ cắt tử cung hoàn toàn qua catheter ngoài màng cứng bệnh nhân tự điều khiển". Tạp chí y học dự phòng. tập 27.2(190) 177.
3. Grass, J.A. (2005): "Patient-controlled analgesia". Anesthesia & Analgesia, 101(5S), S44-S61.
4. Kulkarni A., Gupta A., Shah S.B, et al. (2018). A comparative study of ropivacaine and bupivacaine with fentanyl for postoperative patient-controlled epidural analgesia after major abdominal oncosurgery. J Curr Oncol, 1(2), 66.
5. Manion S.C., Brennan T.J., và Riou B. (2011). Thoracic Epidural Analgesia and Acute Pain Management. Anesthesiology. 115(1). 181-188
6. Nimmo, S. M., & Harrington, L. S. (2014). What is the role of epidural analgesia in abdominal surgery? "Continuing Education in Anaesthesia". Critical Care & Pain. 14(5). 224-229.
7. Shah. S., Vaishali. K., Prasad. S. S., & Babu. A. S. (2021). Altered patterns of abdominal muscle activation during forced exhalation following elective laparotomy: An experimental research. Annals of Medicine and Surgery, 61, 198-204.

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU SỬ DỤNG KHÁNG SINH DỰ PHÒNG TẠI KHOA NGOẠI TỔNG HỢP - BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH YÊN BÁI

Trần Thanh An¹, Trần Lan Anh¹, Diêm Sơn¹, Nguyễn Mạnh Chiến¹, Hoàng Thị Hậu¹, Trần Thị Quế Chi¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đánh giá kết quả bước đầu sử dụng kháng sinh dự phòng (KSDP) trong phẫu thuật sạch

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Yên Bái

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thanh An

Email: trananbs@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.10.2024

Ngày duyệt bài: 15.11.2024

tại khoa Ngoại tổng hợp - Bệnh viện đa khoa tỉnh Yên Bái. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiền cứu mô tả cắt ngang 191 bệnh nhân thực hiện phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt túi mật và PTNS thoát vị bẹn ở 2 giai đoạn: Giai đoạn 1 từ 08/2022 - 06/2023 (85 BN) và Giai đoạn 2 từ 08/2023 - 06/2024 (106 BN) sau khi triển khai sử dụng kháng sinh dự phòng. **Kết quả:** Sự khác biệt giữa 2 giai đoạn về độ tuổi, giới tính, thang điểm ASA không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Giai đoạn 1: 100% sử dụng KS kéo dài sau PT, ở nhóm PTNS cắt

túi mật tỷ lệ sử dụng KS 4-6 ngày chiếm 62,5%, tỷ lệ sử dụng KS phối hợp 97,9%, ở nhóm PTNS thoát vị bẹn 100% các TH sử dụng KS kéo dài > 4 ngày. Ở giai đoạn 2, tỷ lệ sử dụng KSDP là Cephalosporin II chiếm 87,1% và 84% ở 2 loại PTNS. Tỷ lệ tiêm trước 60 phút phẫu thuật đạt 91,9% ở PTNS cắt túi mật và 95,5% ở PTNS thoát vị bẹn. Không có trường hợp sử dụng kháng sinh kéo dài quá 24h sau phẫu thuật. PTNS cắt túi mật có số ngày nằm viện sau phẫu thuật giảm từ $5,7 \pm 1,7$ xuống $4 \pm 1,4$ ngày; chi phí điều trị trung bình giảm 1.086.000 VNĐ. PTNS thoát vị bẹn giảm từ $6,2 \pm 1,4$ xuống $2,9 \pm 1,0$; chi phí điều trị trung bình giảm 1.891.000 VNĐ ($p < 0,05$). **Kết luận:** Sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật là phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả, giúp giảm thời gian nằm viện và chi phí điều trị. **Từ khóa:** kháng sinh dự phòng, nhiễm trùng vết mổ

SUMMARY

EARLY RESULTS OF PROPHYLACTIC ANTIBIOTIC IMPLEMENTATION AT THE GENERAL SURGERY DEPARTMENT - YEN BAI PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL

Background: This study aims to evaluate the effectiveness of prophylactic antibiotic use in clean surgeries at the General Surgery Department of Yen Bai Provincial General Hospital. **Subjects and Methods:** A retrospective and prospective cross-sectional descriptive study was conducted on 191 patients who underwent laparoscopic cholecystectomy (LC) and laparoscopic inguinal hernia repair (LIHR) during two phases: Phase 1 from August 2022 to June 2023 (85 patients) and Phase 2 from August 2023 to June 2024 (106 patients) after the implementation of prophylactic antibiotic. **Results:** The differences in age, gender, and ASA scores between the two Phases were not statistically significant ($p > 0,05$). In Phase 1, 100% of patients used antibiotics for extended post-surgery. Among those who underwent LC, 62.5% used antibiotics for 4-6 days, and 97.9% used combined antibiotics. For LIHR, 100% of cases used antibiotics for more than 4 days. In Phase 2, the use of prophylactic antibiotics, specifically Cephalosporin II, accounted for 87.1% and 84% in the two types of surgeries, respectively. The rate of antibiotic administration within 60 minutes before surgery reached 91.9% in LC and 95.5% in LIHR. No cases of extended antibiotic use beyond 24 hours post-surgery were observed. The length of hospital stay after LC decreased from 5.7 ± 1.7 to 4 ± 1.4 days, with an average cost reduction of 1,086,000 VNĐ. For LIHR, the length of stay decreased from 6.2 ± 1.4 to 2.9 ± 1.0 days, with an average cost reduction of 1,891,000 VNĐ ($p < 0,05$). **Conclusion:** The use of prophylactic antibiotics in surgery is a safe and effective treatment method, helping to reduce hospital stay and treatment costs. **Keywords:** prophylactic antibiotics, surgical site infection.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn vết mổ (NKVM) chiếm tỷ lệ thay đổi từ 5-30% trong nhiễm khuẩn bệnh viện. NKVM gây kéo dài thời gian nằm viện, giảm chất

lượng cuộc sống và tăng gánh nặng tài chính cho cả người bệnh và hệ thống chăm sóc sức khỏe, góp phần làm trầm trọng tình trạng kháng kháng sinh trên toàn cầu. Tại khu vực Châu Á – Thái Bình Dương NKVM được báo cáo có tỷ lệ khác biệt lớn giữa các nước: 2,8% ở Úc; 2-9,7% ở Hàn Quốc, 4% ở Trung Quốc, khu vực Đông Nam Á ước tính khoảng 7,8%¹.

Kháng sinh dự phòng là một giải pháp được khuyến khích mạnh mẽ nhằm giảm nguy cơ NKVM. Hiện nay, Bộ Y Tế Việt Nam cũng đã ban hành và Hướng dẫn phòng ngừa NKVM năm 2012 đưa ra các khuyến cáo cụ thể về việc sử dụng KSDP trong phẫu thuật². Tuy nhiên, việc sử dụng KSDP nói chung ở Việt Nam còn thiếu sự đồng bộ, thống nhất tại các Bệnh viện.

Khoa Ngoại - Bệnh viện Đa khoa tỉnh Yên Bái thực hiện khoảng 1500 ca phẫu thuật phiên hàng năm. Việc triển khai các giải pháp nhằm giảm nguy cơ NKVM trong đó bao gồm sử dụng KSDP trong phẫu thuật được thực hiện từ tháng 8 năm 2023. Ở giai đoạn đầu, chúng tôi triển khai thường quy đối với 2 phẫu thuật sạch là PTNS cắt túi mật và PTNS đặt lưới điều trị thoát vị bẹn. Với mong muốn "Đánh giá kết quả bước đầu sử dụng kháng sinh dự phòng tại khoa Ngoại Tổng hợp – Bệnh viện đa khoa tỉnh Yên Bái", nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu: *So sánh kết quả sử dụng kháng sinh dự phòng ở bệnh nhân được PTNS cắt túi mật hoặc PTNS đặt lưới điều trị thoát vị bẹn ở 2 giai đoạn trước và sau triển khai KSDP.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiền cứu mô tả cắt ngang. Hồi cứu thu thập hồ sơ bệnh án (HSBA) giai đoạn 1: trước khi triển khai KSDP (8/2022-6/2023). Thu thập tiền cứu giai đoạn 2: sau khi triển khai KSDP (8/2023-6/2024) ở nhóm bệnh nhân được PTNS cắt túi mật hoặc PTNS đặt lưới điều trị thoát vị bẹn.

Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: HSBA và bệnh nhân được PTNS cắt túi mật hoặc PTNS đặt lưới điều trị thoát vị bẹn tại Khoa Ngoại Bệnh viện đa khoa tỉnh Yên Bái.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- HSBA không đủ dữ liệu thu thập
- Bệnh nhân tử vong sau vào khoa 72 giờ
- Bệnh nhân tự xuất viện hoặc chuyển viện hoặc chuyển khoa khác.

Nội dung nghiên cứu

Các biến số thu thập bao gồm:

* **Đặc điểm chung người bệnh:** Tuổi, giới tính, thang điểm ASA (hệ thống phân loại tình

trạng người bệnh phẫu thuật của Hiệp hội gây mê Hoa Kỳ).

* **Sử dụng kháng sinh:** Loại kháng sinh sử

dụng; thời điểm sử dụng; thời gian dùng thuốc.

* **Hiệu quả áp dụng KSDP:** So sánh tỷ lệ NKVM, số ngày nằm viện, chi phí điều trị.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của người bệnh ở hai giai đoạn trong nghiên cứu

Đặc điểm	PTNS cắt túi mật			PTNS thoát vị bẹn		
	Giai đoạn 1 (n=48)	Giai đoạn 2 (n=62)	P	Giai đoạn 1 (n=37)	Giai đoạn 2 (n=44)	P
Tuổi (mean ± SD)	48,5 ± 12,6	49,4 ± 16,5	0,75	51,1 ± 19,2	51,8 ± 20,8	0,88
Giới tính nam (n,%)	19 (39,6)	19 (30,6)	0,21	36 (97,3)	42 (95,5)	0,56
ASA (n,%)	1	35 (72,9)	0,5	24 (64,9)	25 (56,8)	0,7
	2	12 (25,0)		11 (29,7)	17 (38,6)	
	3	1 (2,1)		3 (4,8)	2 (4,5)	

Nhận xét: Độ tuổi trung bình giai đoạn 1 là 51,5 ± 20 tuổi; GD 2 là 49 ± 14,9 tuổi. Sự khác biệt giữa 2 giai đoạn về độ tuổi, giới tính, thang điểm ASA không có ý nghĩa thống kê (p>0,05)

Bảng 2. Đặc điểm sử dụng kháng sinh

Đặc điểm	PTNS cắt túi mật		PTNS thoát vị bẹn	
	Giai đoạn 1 (n=48)	Giai đoạn 2 (n=62)	Giai đoạn 1 (n=37)	Giai đoạn 2 (n=44)
Lựa chọn kháng sinh				
Trước phẫu thuật (n,%)				
Cephalosporin II	0	54 (87,1)	0	37 (84)
Cephalosporin III	5 (10,4)	3 (4,8)	3 (8,1)	4 (9)
Cephalosporin III + Metronidazole	3 (6,2)	0	2 (5,4)	0
Trong phẫu thuật (n,%)				
Cephalosporin II	0	3 (4,8)	2 (5,4)	2 (4,5)
Cephalosporin III	0	2 (3,2)	8 (21,6)	1 (2,3)
Cephalosporin III + Metronidazole	34 (70,8)	0	3 (8,1)	0
Sau phẫu thuật				
Cephalosporin II	0	0	6 (16,2)	0
Cephalosporin III	1 (2)	0	15 (40,5)	0
Cephalosporin III + Metronidazole	42 (87,5)	0	6 (16,2)	0
Cephalosporin III + Amikacin	5 (10,4)	0	4 (10,8)	0
Cephalosporin III + Quinolon	0	0	6 (16,2)	0
Thời điểm sử dụng kháng sinh với thời điểm rạch da				
Trước rạch da 60p	3 (6,2)	36 (58)	5 (13,5)	27 (61,4)
Trước rạch da 30p	5 (10,4)	21 (33,9)	0	15 (34,1)
Trong lúc phẫu thuật	34 (70,8)	5 (8,1)	13 (35,1)	2 (4,5)
Sau khi kết thúc phẫu thuật	6 (12,6)	0	19 (51,4)	0
Thời gian sử dụng kháng sinh				
Liều duy nhất	0	58 (93,5)	0	42 (95,5)
Lặp lại và ngưng trong 24h	0	4 (6,5)	0	2 (4,5)
Dùng quá 24h	≤ 3 ngày	5 (10,4)	0	0
	4 - 6 ngày	30 (62,5)		19 (51,4)
	≥ 7 ngày	13 (27,1)		18 (48,6)
Tổng liều kháng sinh/đợt điều trị (mean±SD)	17,5 ± 7,2	1,0 ± 0,3	20,7 ± 6,2	1,0 ± 0,2

Nhận xét: Ở giai đoạn 1, KSDP được sử dụng chủ yếu trong phẫu thuật. 100% sử dụng kháng sinh kéo dài sau phẫu thuật, ở nhóm PTNS cắt túi mật tỷ lệ sử dụng KS 4-6 ngày chiếm 62,5%, tỷ lệ sử dụng KS phối hợp 97,9%, ở nhóm PTNS thoát vị bẹn 100% các TH sử dụng kháng sinh kéo dài > 4 ngày.

Ở giai đoạn 2, tỷ lệ sử dụng KSDP là Cephalosporin II chiếm 87,1% và 84% ở 2 loại PTNS. Tỷ lệ tiêm trước 60 phút phẫu thuật đạt 91,9% ở PTNS cắt túi mật và 95,5% ở PTNS thoát vị bẹn. Không có trường hợp sử dụng kháng sinh kéo dài quá 24h sau phẫu thuật.

Hiệu quả áp dụng kháng sinh dự phòng

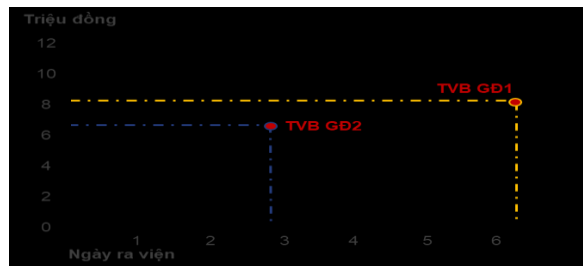
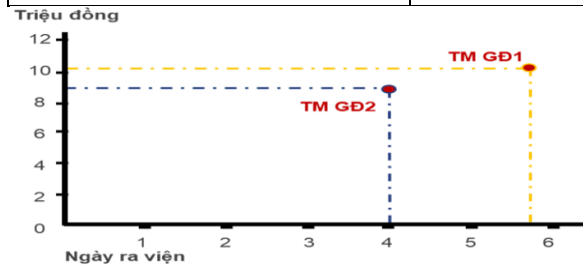
Bảng 3. Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật

Biến chứng	PTNS cắt túi mật			PTNS thoát vị bẹn		
	Giai đoạn 1 (n=48)	Giai đoạn 2 (n=62)	p	Giai đoạn 1 (n=37)	Giai đoạn 2 (n=44)	p
NKVM trocar (BN)	1	0	0,4	1	0	0,55
Ap xe tồn dư (BN)	1	0	0,43	0	0	-
Tụ dịch (BN)	0	1	0,56	3	3	0,57
Tổng (n,%)	2 (4,2)	1 (1,6)	0,38	4 (10,8)	3 (6,8)	0,6

Nhận xét: Sự khác biệt về tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật ở 2 giai đoạn không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 4. Số ngày nằm viện và chi phí điều trị

Đặc điểm	PTNS cắt túi mật			PTNS thoát vị bẹn		
	Giai đoạn 1 (n=48)	Giai đoạn 2 (n=62)	p	Giai đoạn 1 (n=37)	Giai đoạn 2 (n=44)	p
Số ngày nằm viện (mean ± SD)	5,7 ± 1,7	4 ± 1,4	0,00	6,2 ± 1,4	2,9 ± 1,0	0,00
Tổng chi phí điều trị (mean ± SD) x 1000 VNĐ	10236 ± 5393	9150 ± 2433	0,00	8277 ± 1762	6386 ± 1499	0,00



Biểu đồ 1. Số ngày nằm viện và chi phí điều trị ở 2 giai đoạn

Nhận xét: PTNS cắt túi mật có số ngày nằm viện sau phẫu thuật giảm từ $5,7 \pm 1,7$ xuống $4 \pm 1,4$ ngày; chi phí điều trị trung bình giảm 1.086.000 VNĐ ở 2 giai đoạn. PTNS thoát vị bẹn giảm từ $6,2 \pm 1,4$ xuống $2,9 \pm 1,0$; chi phí điều trị trung bình giảm 1.891.000 VNĐ. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung người bệnh. Độ tuổi trung bình giai đoạn I là $51,5 \pm 20$ tuổi; GD 2 là $49 \pm 14,9$ tuổi. Độ tuổi trung bình và tỷ lệ nam nữ tương đương nhau ở cả 2 giai đoạn. Phân loại tình trạng người bệnh phẫu thuật của Hiệp hội gây mê Hoa Kỳ, thang điểm ASA chủ yếu là ASA I, kết quả tương đương Nguyễn Thị Kim Phương (2023) đánh giá tuân thủ KSDP tại BVTW Quân đội 108³. Sự khác biệt giữa 2 giai đoạn về độ tuổi, giới tính, thang điểm ASA

không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Trong nghiên cứu chúng tôi thực hiện triển khai KSDP với 2 phẫu thuật sạch là PTNS cắt túi mật và PTNS thoát vị bẹn, với quy trình chuẩn bị trước phẫu thuật giống nhau: Đánh giá nguy cơ dinh dưỡng, phân loại nguy cơ NKVM, tắm sát khuẩn dung dịch chứa Chlorhexidine Gluconate 4%.

4.2. Đặc điểm sử dụng kháng sinh

Lựa chọn kháng sinh: Nhiều nghiên cứu đã chứng minh việc sử dụng KSDP giúp giảm nguy cơ NKVM. Cephalosporin được xem là thuốc được lựa chọn vì tính hiệu quả và ít gây ra phản ứng dị ứng hơn, trong đó thể hệ thứ II như cefuroxime, cefazolin với liều 2g cho người lớn được khuyến cáo hàng đầu, có thể cần nhắc phối hợp kháng sinh khi cần mở rộng phạm vi vi khuẩn như phối hợp với Metronidazole hoặc ertapenem⁴. Trong các trường hợp dị ứng cephalosporin thì thay thế bằng vancomycin liều 15 mg/kg. Ngoài ra, Cephalosporin thế hệ thứ 3 vẫn được chấp nhận và sử dụng phổ biến nhất ở nhiều quốc gia⁵. Ở giai đoạn I, KSDP được chỉ định chủ yếu là sai nguyên tắc với Cephalosporin III hoặc Cephalosporin III + Metronidazole. Ở giai đoạn 2, chúng tôi đã thực hiện đúng nguyên tắc hơn với chỉ định KSDP Cephalosporin II đạt 91,9% với PTNS cắt túi mật; 88,5% với PTNS thoát vị bẹn.

Về thời điểm dùng: sử dụng đúng thời điểm giúp đảm bảo đạt nồng độ kháng sinh tối ưu tại thời điểm rạch da và duy trì trong suốt cuộc mổ. Giai đoạn 1 việc sử dụng chưa phù hợp: tiêm KSDP muộn sau rạch da và sau khi PT kết thúc ở nhóm PTNS cắt túi mật (83,4%); PTNS thoát vị bẹn (86,5%), việc sử dụng KSDP sai nguyên tắc thời điểm dùng chủ yếu do tâm lý chủ quan của phẫu thuật viên khi tất cả các TH ở giai đoạn này đều sử dụng KS kéo dài/KS điều trị

sau đó. Ở giai đoạn 2 sau khi thực hiện cải tiến tỷ lệ tiêu KSDP sau thời điểm rạch da chỉ còn lần lượt 8,1% và 4,5% ở 2 nhóm PTNS. Kết quả này tương đương Nguyễn Thị Thu Thủy (2021) là 7%, nhưng cao hơn tác giả Võ Thị Hà (2023) là 0%^{6,7}.

Về tiêu chí liều dùng: sử dụng đúng liều giúp đảm bảo đạt và duy trì được nồng độ kháng sinh thích hợp trong huyết thanh và trong mô. Ở giai đoạn 2, chúng tôi sử dụng KSDP liều 2g đối với người lớn ở 100% các trường hợp.

Về tiêu chí lập lại liều: việc lập lại liều trong cuộc mổ là cần thiết trong một số trường hợp để duy trì được nồng độ thuốc trong mô và huyết tương thích hợp, đặc biệt khi sử dụng 1 số loại KSDP có thời gian lập lại liều ngắn như ampicilin-sulbactam (thời gian lập lại liều 2 giờ). Do giai đoạn mới triển khai ở PTNS cắt túi mật và thoát vị bẹn nên chưa có các trường hợp cần phải chỉ định lập lại liều KSDP như thời gian PT kéo dài hay mất nhiều máu.

Về tiêu chí độ dài KSDP: Kháng sinh dự phòng được khuyến cáo ngừng sau 24 giờ kết thúc mổ, với bệnh nhân có yếu tố nguy cơ NKVM có thể cân nhắc sử dụng kháng sinh điều trị kéo dài từ 3-5 ngày. Ở giai đoạn 1, 100% các trường hợp đều có chỉ định kéo dài kháng sinh sau phẫu thuật của bác sĩ, ở nhóm PTNS cắt túi mật có tới 97,9% được chỉ định KS điều trị phối hợp, nhóm PTNS thoát vị bẹn có 42,2% dùng KS phối hợp, làm tăng tổng liều kháng sinh trong đợt điều trị lần lượt là 17,5±7,2 và 20,7±6,2 liều ở 2 nhóm PTNS, điều này gây lãng phí kháng sinh, tăng nguy cơ đề kháng kháng sinh, tăng nguy cơ các tác dụng phụ, tai biến y khoa khi thực hiện y lệnh kháng sinh và làm tăng chi phí điều trị (thuốc, vật tư tiêu hao, xử lý rác thải y tế...). Ở giai đoạn 2, sau khi áp dụng KSDP tỷ lệ kéo dài kháng sau 24h của chúng tôi là 0% để thực hiện được điều này cần sự phối hợp và nghiêm túc tuân thủ các nguyên của nhân viên Y tế, đặc biệt là sự quan trọng của ban hành các Quy định sử dụng KSDP tại Bệnh viện. Như vậy, việc chỉ định KSDP và tuân thủ các nguyên tắc sử dụng KSDP được thực hiện tốt tại Khoa Ngoại ở giai đoạn 2.

4.3. Hiệu quả điều trị

Biến chứng sau phẫu thuật: Ở nhóm PTNS cắt túi mật, tỷ lệ biến chứng sau PT ở giai đoạn 1 là 4,2% so với 1,6% ở giai đoạn 2. Ở nhóm PTNS thoát vị bẹn, tỷ lệ biến chứng GD 1 là 10,8% và 6,8 ở GD 2 bao gồm ở biến chứng tụ dịch vùng bìu, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Tất cả các biến chứng đều ở mức độ nhẹ, tự khỏi, không cần can thiệp thêm, không có trường hợp nào cần chuyển đổi sang kháng sinh điều trị. Kết quả này tương tự Vũ Đức

Thụ (2022) đánh giá KSDP trong 1 số PT tiêu hóa tại Bệnh viện Việt Nam-Thụy Điển Uông Bí cho thấy tỷ lệ biến chứng chung là 3,1%⁸. Do đó, sử dụng KSDP trong phẫu thuật là phương pháp điều trị an toàn, không giảm tăng tỷ lệ NKVM.

Thời gian nằm viện: Ở nhóm PTNS cắt túi mật số ngày nằm viện sau phẫu thuật giảm từ 5,7 ± 1,7 xuống 4 ± 1,4 ngày sau khi áp dụng KSDP ở giai đoạn 2. Tương tự đối với nhóm PTNS thoát vị bẹn thời gian nằm viện giảm từ 6,2 ± 1,4 xuống 2,9 ± 1,0 ngày, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$). Kết quả này tương tự Vũ Đức Thụ (2022) thời gian nằm viện nhóm KSDP trung bình 3,8 ± 1,3 ngày⁸; ngắn hơn Phan Văn Gầy (2023) là 6,13 ± 3,46 ngày, tuy nhiên trong NC có 28,2% là phẫu thuật mở nên có thời gian nằm viện kéo dài hơn⁹. Như vậy, áp dụng KSDP giúp rút ngắn thời gian nằm viện.

Chi phí điều trị: Áp dụng KSDP giúp giảm chi phí điều trị do rút ngắn ngày nằm viện, giảm chi phí thuốc kháng sinh, vật tư tiêu hao. Sau khi áp dụng KSDP, ở nhóm PTNS cắt túi mật tổng chi phí giảm từ 10.246.000 VNĐ xuống 9.150.000 VNĐ. Nhóm PTNS thoát vị bẹn tổng chi phí giảm từ 8.277.000 VNĐ xuống 6.386.000 VNĐ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$). Nghiên cứu của Võ Thị Hà (2023) cũng áp dụng KSDP trong PT thần kinh giúp giảm đáng kể chi phí về thuốc và ngày giường⁷.

V. KẾT LUẬN

Sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật là phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả, giúp giảm thời gian nằm viện và chi phí điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Morikane K, Russo PL, Lee KY, et al.** Expert commentary on the challenges and opportunities for surgical site infection prevention through implementation of evidence-based guidelines in the Asia-Pacific Region. *Antimicrobial resistance and infection control*, Apr 1 2021;10(1):65.
2. **Bộ Y tế.** Hướng dẫn phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ - Quyết định số 3671/QĐ-BYT. 2012:1-20.
3. **Nguyễn Thị Kim Phương, Nguyễn Quang Toàn và cs.** Khảo sát tỷ lệ tuân thủ hướng dẫn sử dụng Kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 năm 2022. *Tạp chí Y Dược Lâm sàng* 108. 2023;Hội nghị Khoa học Dược Bệnh viện năm 2023:21-29.
4. **Marsha F. Crader, Matthew Varacalo.** Preoperative Antibiotic Prophylaxis. StatPearls Publishing. 2023;
5. **Geroulanos S, Marathias K, Kriaras J, Kadas B.** Cephalosporins in surgical prophylaxis. *Journal of chemotherapy (Florence, Italy)*. Nov 2001;13 Spec No 1(1):23-6.
6. **Nguyễn Thị Thu Thủy, Ngô Thu Trang và cs.**

- Phân tích tình hình sử dụng kháng sinh dự phòng trên bệnh nhân phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu nghị. Tạp chí Y Dược Lâm sàng 108. 2021; Hội nghị Khoa học Dược Bệnh viện năm 2021:145-155.
7. **Võ Thị Hà, Võ Nguyễn Mỹ Ngân và cs.** Kết quả của can thiệp nhằm tối ưu sử dụng kháng sinh dự phòng tại khoa Ngoại Thần kinh - Bệnh viện Nguyễn Tri Phương. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023;525(4):203-209.
 8. **Vũ Đức Thụy, Trần Văn Đạo.** Kết quả điều trị kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật một số bệnh tiêu hóa. Tạp chí Y học Việt Nam. 2022;512(3):1-5.
 9. **Phan Văn Gây, Hoàng Việt Hùng và cs.** Đánh giá tình trạng sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật tại khoa Ngoại chung - Bệnh viện Quân Y 105 năm 2022. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023;528(1):29-32.

MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ CỦA TIM BẨM SINH Ở TRẺ DƯỚI 5 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH TUYÊN QUANG

Nguyễn Thị Thu Hương¹, Lê Thị Kim Dung², Nguyễn Thị Phụng², Đỗ Thị Thu Giang¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: phân tích một số yếu tố nguy cơ của tim bẩm sinh ở trẻ dưới 5 tuổi tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Tuyên Quang năm 2023-2024. **Đối tượng:** nhóm bệnh gồm 168 trẻ dưới 5 tuổi mắc tim bẩm sinh và nhóm chứng là 336 trẻ không mắc tim bẩm sinh và các dị tật bẩm sinh khác đến khám, điều trị tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Tuyên Quang. **Phương pháp:** Nghiên cứu bệnh chứng. **Kết quả:** Một số yếu tố nguy cơ đến tim bẩm sinh ở trẻ dưới 5 tuổi được xác định trong nghiên cứu này bao gồm: Mẹ mắc cảm cúm (OR=2,3; 95%CI: 1,4-3,8), đái tháo đường (OR=3,2; 95%CI: 1,5-6,9), tăng huyết áp (OR=2,8; 95%CI: 1,4-5,9), mẹ đã từng phá thai hoặc sảy thai (OR=2,0; 95%CI: 1,2-3,5) và bố \geq 40 tuổi khi mẹ mang thai (OR=4,2; 95%CI: 1,4-13,3). **Kết luận:** Mẹ mắc cảm cúm, đái tháo đường, tăng huyết áp khi mang thai, mẹ đã từng phá thai hoặc sảy thai và bố \geq 40 tuổi khi mẹ mang thai là yếu tố nguy cơ của tim bẩm sinh.

Từ khóa: tim bẩm sinh, tím, trẻ < 5 tuổi, siêu âm tim, yếu tố nguy cơ.

SUMMARY

SOME RISK FACTORS FOR CONGENITAL HEART DISEASE IN CHILDREN UNDER 5 YEARS OLD AT TUYEN QUANG GENERAL HOSPITAL

Objective: To analyze risk factors for congenital heart disease (CHD) in children under 5 years old at Tuyen Quang General Hospital during 2023-2024. **Subjects:** The study group consisted of 168 children under 5 years old diagnosed with CHD, and the control group included 336 children without CHD or other congenital defects who visited Tuyen Quang General Hospital for consultation or treatment. **Method:** Case-control study. **Results:** Several risk factors for CHD in children under 5 years old were

identified in this study, including maternal flu (OR = 2,3; 95% CI: 1,4-3,8), diabetes (OR = 3,2; 95% CI: 1,5-6,9), hypertension (OR = 2,8; 95% CI: 1,4-5,9), history of miscarriage or abortion (OR = 2,0; 95% CI: 1,2-3,5), and the father being \geq 40 years old at the time of conception (OR = 4,2; 95% CI: 1,4-12,3). **Conclusion:** Maternal flu, diabetes, hypertension during pregnancy, history of miscarriage or abortion, and a father aged \geq 40 years at the time of conception are risk factors for congenital heart disease.

Keywords: congenital heart disease, cyanosis, children < 5 years, echocardiography, risk factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tim bẩm sinh (TBS) là những khuyết tật ở tim và hoặc mạch máu lớn xảy ra do sự ngừng hoặc chậm phát triển của phôi tim trong thời kỳ bào thai. Bệnh lý TBS có thể đơn giản hoặc phức tạp và ngày càng phổ biến trong thực hành Nhi khoa. Theo các nghiên cứu, TBS có tỉ lệ mắc khoảng 0,8-1% trẻ sống sau ra đời. Một nghiên cứu năm 2020 ước tính trên toàn cầu có gần 12 triệu người mắc bệnh TBS vào năm 2017, tăng 18,7% so với năm 1990, số ca tử vong do bệnh TBS năm 2017 ước tính là 261.247 ca, giảm 34,5% so với số ca tử vong ước tính vào năm 1990, tuy vậy TBS vẫn là nguyên nhân chính gây tử vong ở trẻ sơ sinh toàn cầu có thể sẽ tiếp tục gia tăng trong những năm tới [3]. Ở Việt Nam, theo các báo cáo của các bệnh viện Nhi, tỉ lệ bệnh TBS là khoảng 1,5% trẻ vào viện và khoảng 30-35% trẻ vào khoa tim mạch [2]. Nghiên cứu tại Bệnh viện Nhi Trung ương cho thấy tỉ lệ các bệnh TBS phức tạp có xu hướng tăng dần [1]. Hiện nay, với sự tiến bộ đáng kể của siêu âm tim nên TBS đã được phát hiện sớm ở cả giai đoạn trước khi sinh và sơ sinh, đồng thời những tiến bộ trong phẫu thuật và các phương pháp điều trị khác đã cải thiện khả năng sống sót và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân TBS. Tuy nhiên, rất ít tiến bộ đã đạt được trong việc phòng ngừa nguyên phát – thay đổi các yếu

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tuyên Quang

²Trường Đại học Y Dược - Đại học Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Hương

Email: detaihuong1982@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.10.2024

Ngày duyệt bài: 15.11.2024