

- Young children: A Clinicopathologic Analysis of Pathogenesis. Journal of pediatric Gastroenterology and nutrition, 30 432-435.
5. **Siddharth P, Ravo B.** (1988) Colorectal Neurovascular and anal sphincter, Surgical Clinics of North America, 68, 1185-1200.
 6. **Sabah Al Shukry.** Spontaneous Perforation of the Colon Clinical Review of Five Episodes in Four Patients. Oman Med J 2009 Apr; 24(2): 137-141.
 7. **Ren Chongxi et al.** Spontaneous colonic perforation in adults: Evaluation of a pooled case series. Science Progress volume 103, Issue 3, July 2020.
 8. **Serpell JW, Nicholls RJ.** Stercoral perforation of the colon. Br J Surg 1990; 77 (12): 1325-1329.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỬ DỤNG NƯỚC MUỐI SINH LÝ RỬA VẾT MỒ TRONG PHẪU THUẬT UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG

Phạm Văn Bình¹, Lê Văn Thành¹,
Nguyễn Thị Phong Lan¹, Thái Đức An¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhiễm khuẩn vết mổ là biến chứng phẫu thuật phổ biến nhất. Một trong những biện pháp được sử dụng để giảm nhiễm khuẩn vết mổ là rửa vết mổ để loại bỏ chất thải với dung dịch, nhằm loại bỏ những mảnh tế bào, dịch cặn và giảm tải lượng vi khuẩn trước khi đóng vết mổ. **Mục tiêu:** Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân phẫu thuật ung thư đại trực tràng tại khoa Ngoại bụng 1, bệnh viện K. Đánh giá kết quả sử dụng nước muối sinh lý rửa vết mổ trong phẫu thuật ung thư đại trực tràng và một số yếu tố liên quan. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu so sánh có đối chứng trên 195 bệnh nhân ung thư đại trực tràng được phẫu thuật mổ. Bệnh nhân được chia thành 2 nhóm: Nhóm A - sử dụng povidone-iodine sát trùng vết mổ sau phẫu thuật; nhóm B - Sử dụng nước muối sinh lý rửa vết mổ sau khi đóng cân – cơ, trước khi khâu da. **Kết quả:** Rửa vết mổ bằng nước muối sinh lý làm giảm tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ từ 22,4% xuống 7,2%. Nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ tăng lên đáng kể ở bệnh nhân có các yếu tố: tiền sử đái tháo đường; thời gian mổ kéo dài trên 3 tiếng; mổ lại trong vòng 30 ngày và thời gian nằm viện trên 14 ngày. **Từ khóa:** Nhiễm khuẩn vết mổ, rửa vết mổ, ung thư đại trực tràng

SUMMARY

EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF SALINE IRRIGATION IN SURGICAL SITE INFECTION PREVENTION FOR COLORECTAL CANCER SURGERY

Background: Surgical site infection (SSI) is the one of the most common postoperative complication. One method to reduce SSI is wound irrigation with the saline solution to remove cellular debris, residual fluids, and reduce bacterial load before closing the surgical site. **Objective:** To evaluate the clinical and

paraclinical characteristics of colorectal cancer patients undergoing surgery at Department of Abdominal Surgery 1, K Hospital. Additionally, to assess the effectiveness of saline irrigation in reducing SSI in colorectal cancer surgeries and identify related risk factors. **Methods:** A controlled comparison study was conducted on 195 patients undergoing open colorectal cancer surgery. Patients were divided into two groups: Group A: Wound treated with povidone-iodine for disinfection after surgery; Group B: Wound irrigated with saline solution after fascial and muscular closure, before skin closure. **Results:** Saline irrigation reduced the SSI rate from 22.4% to 7.2%. Significant risk factors for SSI included a antecedent of diabetes, operation time exceeding 3 hours, reoperation within 30 days, and hospital stays longer than 14 days.

Keywords: Surgical site infection, wound irrigation, colorectal cancer

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn vết mổ (NKVM) là biến chứng phẫu thuật phổ biến nhất, ước tính lên đến 25% tùy thuộc vào loại phẫu thuật. NKVM là nhiễm trùng bệnh viện có liên quan đến tỷ lệ tử vong của bệnh nhân và là gánh nặng của hệ thống y tế. Một trong những biện pháp được sử dụng để giảm NKVM là rửa vết mổ (RVM) để loại bỏ những mảnh tế bào, dịch cặn và giảm tải lượng vi khuẩn trước khi đóng vết mổ. Hiệu quả của RVM trong giảm NKVM đã được báo cáo trong nhiều nghiên cứu trước đây. Nước muối sinh lý ấm là dung dịch RVM được lựa chọn phổ biến vì an toàn với mọi vùng phẫu thuật, bao gồm cả phúc mạc, khoang màng phổi, và có hiệu quả kinh tế do chi phí thấp.

Trước đây, trong thực hành lâm sàng, chúng tôi thường sử dụng dung dịch povidone-iodine để sát trùng vết mổ sau khi khâu da, nhưng tỷ lệ NKVM vẫn đáng kể. Thời gian gần đây, chúng tôi sử dụng nước muối sinh lý (NMSL) để RVM trước khi khâu da và nhận thấy tỷ lệ NKVM có xu hướng giảm. Mặc dù kết quả các nghiên cứu còn nhiều tranh cãi, dựa trên kinh nghiệm lâm sàng, chúng

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Thành

Email: benque.471@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.2.2025

Ngày duyệt bài: 26.3.2025

tôi đặt ra giả thuyết nước muối sinh lý có hiệu quả trong giảm tỷ lệ NKVM.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bao gồm 195 bệnh nhân (BN) ung thư đại trực tràng (UT ĐTT) được phẫu thuật mở tại khoa Ngoại bụng 1, bệnh viện K từ tháng 1/2023 – 4/2024

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

– BN được chẩn đoán xác định là UT ĐTT, dự kiến phẫu thuật mở cắt đại tràng, hoặc cắt trực tràng;

– Giai đoạn bệnh có thể cắt được u hoặc giai đoạn IV có chỉ định cắt u triệu chứng;

– Không có bệnh lý nghiêm trọng và UT khác;

Tiêu chuẩn loại trừ: BN được phẫu thuật nội soi hay phẫu thuật nội soi hỗ trợ; được điều trị hóa chất và xạ trị tiền phẫu; tổn thương u nguyên phát không thể cắt bỏ.

2.2. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu so sánh có đối chứng.

BN được chia thành 2 nhóm:

+ Nhóm A: Sử dụng povidone-iodine sát trùng vết mổ sau phẫu thuật

+ Nhóm B: Sử dụng nước muối sinh lý RVM sau khi đóng cân – cơ, trước khi khâu da.

2.3. Quy trình nghiên cứu

* Bước 1: Trước phẫu thuật, những BN thỏa mãn tiêu chuẩn sẽ được tham gia vào nghiên cứu và ký cam kết.

* Bước 2: Lựa chọn ngẫu nhiên

– Những BN dự kiến được phẫu thuật cắt ĐTT sẽ được đưa vào giai đoạn lựa chọn ngẫu nhiên. 195 BN sẽ được lựa chọn một trong các số thứ tự từ 1-195.

– BN chọn số lẻ sẽ được đưa vào nhóm A, BN lựa chọn số chẵn sẽ đưa vào nhóm B.

* Bước 3: Phác đồ điều trị và chỉ định phẫu thuật theo Hướng dẫn điều trị của Mạng lưới Ung thư Quốc gia Hoa Kỳ (NCCN Guidelines Version 3.2022).

* Bước 4: Tiến hành phẫu thuật

– Các bước phẫu thuật theo “Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành ung

bướu” của Bộ Y tế.

– Trong thì đóng vết mổ bụng, lớp cân – cơ thành bụng được khâu bằng chỉ tiêu, đa sợi, số 1 vicryl, mũi rời.

– Sau khi khâu kín lớp cân – cơ, trước khi khâu da: BN trong nhóm B được sử dụng 500ml NMSL 0,9% để RVM.

+ Tiến hành thay đầu hút mới, BN ở tư thế đầu cao – chân thấp. Sử dụng băng mềm Ribbon uốn cong, đặt cách mép vết mổ 2-3 cm.

+ Đặt đầu ống hút vào mép dưới của vết mổ, sát băng Ribbon, không đặt chạm vào vết mổ.

+ Dùng 500ml NMSL 0,9% ở nhiệt độ 37°C phòng dội từ mép trên của vết mổ trong vòng 1-2 phút.

+ Sử dụng gạc vô trùng để thấm khô.

– Khâu da: Trong cả 2 trường hợp, BN sau đó được khâu da bằng chỉ Turlon 2/0, hoặc chỉ monosyl 3/0, mũi rời.



Hình 1: Rửa vết mổ bằng nước muối sinh lý

– Sau khi khâu da: BN trong nhóm A sử dụng 20ml dung dịch povidone-iodines 5% để sát trùng vết mổ.

– Vết mổ được che lại bằng gạc vô trùng.

Những biện pháp dưới đây cũng được chúng tôi thực hiện: Sử dụng tấm bọc vết mổ; thay găng trước khi đóng vết mổ; trong và sau mổ, BN được giữ ấm và cung cấp đầy đủ oxy; kiểm soát đường máu < 120 mg/dL trong quá trình phẫu thuật và sau mổ.

* Bước 5: Sau phẫu thuật, theo dõi và thu thập những thông tin liên quan quá trình hậu phẫu của BN: thời gian nằm viện; biến chứng phẫu thuật; tình trạng vết mổ; số lần thay băng; nhập viện lại.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Tổng (n=195)	Nhóm RVM (n=97)	Nhóm đối chứng (n=98)	p
Tuổi (X ± SD)	63,85±12,21	64,4 ± 11,5	63,4 ± 12,9	0,223
Giới nam	62,1%	64,9%	59,2%	0,407
BMI (X ± SD)	21,76±2,87	21,72±2,89	21,79 ± 2,86	0,812
Đái tháo đường	18,6%	21,1%	15,6%	0,479
Bệnh tim mạch	9,2%	8,0%	10,8%	0,718
Hút thuốc lá	9,1%	7,7%	10,5%	0,711

Lạm dụng rượu	23,1%	28,3%	15,8%	0,162
Tiền sử mổ vùng bụng	16,5%	21,2%	10,3%	0,166

Nhận xét: Tuổi trung bình của BN là 63,85 tuổi. Nam giới chiếm phần lớn trong nhóm nghiên cứu với 62,1%. Các đặc điểm lâm sàng của hai nhóm (nhóm RVM và nhóm đối chứng) là tương đồng nhau, $p > 0,05$.

Bảng 2. Đặc điểm xét nghiệm máu của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Tổng (n=195) (X ± SD)	Nhóm RVM (n=97) (X ± SD)	Nhóm đối chứng (n=98) (X ± SD)	p
Hemoglobin	126,99±22,85	129,58 ±23,40	124,44 ±22,12	0,117
Bạch cầu	8,28±2,51	8,54 ±2,48	8,04 ±2,54	0,167
Tiểu cầu	334,76±128,37	343,63 ±127,86	325,99 ±128,92	0,339
AST	23,32±10,19	23,37±9,41	23,28±10,97	0,950
ALT	21,66±20,47	21,59±14,49	20,40±15,54	0,583
Glucose	5,88±1,48	5,79 ±1,36	5,97 ±1,59	0,404
Ure	5,46±1,75	5,43±1,67	5,49±1,84	0,916
Cre	80,67±21,34	80,38±15,28	80,96±26,07	0,849
Albumin	39,98±4,08	40,05±4,19	39,90±3,98	0,835

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về một số chỉ số xét nghiệm máu giữa hai nhóm, với $p > 0,05$.

Bảng 3: Chẩn đoán và giai đoạn bệnh

		Tổng (số BN)	Nhóm RVM (số BN)	Nhóm đối chứng (số BN)	p
Chẩn đoán	Ung thư đại tràng	167(85,6%)	84(86,6%)	83(84,7%)	0,705
	Ung thư trực tràng	28(14,4%)	13(13,4%)	15(15,3%)	
Giai đoạn	I	24(12,4%)	11(11,3%)	13(13,4%)	0,231
	II	74(38,1%)	32(33,0%)	42(43,3%)	
	III	76(39,2%)	45(46,4%)	31(32,0%)	
	IV	20(10,3%)	9(9,3%)	11(11,3%)	

Nhận xét: Phần lớn BN mắc UT đại tràng, chiếm 85,6%. BN ở giai đoạn II và giai đoạn III chiếm tỷ lệ cao nhất, lần lượt là 38,1% và 39,2%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về chẩn đoán và giai đoạn bệnh giữa hai nhóm, với $p > 0,05$.

3.2. Đặc điểm phẫu thuật và nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ

Bảng 4. Đặc điểm phẫu thuật của đối tượng nghiên cứu

		Tổng (n=195)	Nhóm RVM (n=97)	Nhóm đối chứng (n=98)	p
Phẫu thuật	Cấp cứu	10(5,2%)	5(5,1%)	5(5,1%)	0,620
	Theo kế hoạch	185(94,8%)	92(94,9%)	93(94,9%)	
Truyền máu trong mổ		8(4,1%)	3(3,1%)	5(5,1%)	0,372
Thời gian mổ (phút) (X±SD)		133,69±21,58	130,82±21,29	136,53±21,59	0,650
Truyền máu sau mổ		10(5,2%)	4(4,1%)	6(6,2%)	0,516
Mổ lại trong vòng 30 ngày		5(2,6%)	1(1,0%)	4(4,1%)	0,187
Thời gian nằm viện (X±SD)		9,38±3,36	8,95±3,29	9,81±3,38	0,074

Nhận xét: Thời gian mổ trung bình là 133,69 phút. Thời gian nằm viện trung bình là 9,38 ngày, ngắn nhất là 7 ngày, dài nhất là 32 ngày. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về một số đặc điểm phẫu thuật giữa hai nhóm, $p > 0,05$.

Bảng 5. Nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ

Đặc điểm		Nhóm RVM (số BN)	Nhóm đối chứng (số BN)	p
Nguy cơ NKVM theo thang điểm NNIS	0	83 (84,7%)	86 (88,7%)	0,857
	1	13 (13,3%)	10 (10,3%)	
	2	2 (2,0%)	1 (1,0%)	

Nhận xét: Nguy cơ nhiễm khuẩn theo thang điểm NNIS giữa nhóm RVM và nhóm đối chứng là tương đương nhau, với $p > 0,05$.

Bảng 6: Biện chứng sau mổ

	Tổng (n=195)	Nhóm RVM (n=97)	Nhóm đối chứng (n=98)	p
Có bất kỳ biến chứng	44 (22,6%)	15 (15,5%)	29 (29,6%)	0,018
Biến chứng không liên quan đến vết mổ	11 (5,6%)	4 (4,1%)	7 (7,1%)	0,361
Biến chứng liên quan đến NKVM	29 (14,9%)	7 (7,2%)	22 (22,4%)	0,003
Nhiễm khuẩn nông	13 (6,7%)	2 (2,1%)	11 (11,2%)	
Nhiễm khuẩn sâu	15 (7,7%)	5 (5,2%)	10 (10,2%)	
Nhiễm khuẩn cơ quan/nội tạng	1 (0,5%)	0 (0%)	1 (1,0%)	

Nhận xét: Tỷ lệ NKVM của nhóm đối chứng (22,4%) cao hơn so với nhóm RVM (7,2%), $p < 0,05$. Nhưng không có sự khác biệt về tỷ lệ biến chứng không liên quan đến NKVM giữa 2 nhóm, $p > 0,05$.

3.3. Nhiễm khuẩn vết mổ và một số yếu tố liên quan

Bảng 7: Nhiễm khuẩn vết mổ và một số yếu tố liên quan

	Không NKVM (số BN)	Có NKVM (số BN)	OR [95% CI]	p
RVM bằng NaCl 0,9%	90	7	0,269 [0,109-0,663]	0,003
Nam giới	102	19	1,192 [0,521-2,726]	0,677
Tuổi > 70	47	7	0,806 [0,323-2,012]	0,643
Tiền sử đái tháo đường	12	7	3,141 [1,041-9,476]	0,043
Tiền sử bệnh tim mạch	7	1	0,562 [0,064-4,907]	0,510
Hb < 10	15	4	1,611 [0,494-5,249]	0,306
Albumin < 35	11	4	2,255 [0,666-7,635]	0,166
PT trực tràng	8	2	1,463 [0,295-7,263]	0,454
Truyền máu trong mổ	8	0	0,849 [0,800-0,902]	0,280
Thời gian mổ > 3h	2	5	17,083 [3,137-93,033]	0,001
Mổ lại	1	4	26,400 [2,835-245,839]	<0,001
Truyền máu sau mổ	8	2	1,454 [0,293-7,217]	0,457
Biến chứng không liên quan đến vết mổ	5	6	8,400 [2,372-29,752]	0,002
Thời gian nằm viện > 14 ngày	2	8	31,238 [6,215-157,015]	<0,001

Nhận xét: RVM bằng NaCl 0,9% làm giảm đáng kể nguy cơ NKVM, với OR là 0,269, $p < 0,05$.

Nguy cơ NKVM tăng lên đáng kể ở BN có các yếu tố: tiền sử đái tháo đường (OR 3,141); thời gian mổ kéo dài trên 3 tiếng (OR 17,083); biến chứng không liên quan đến NKVM (OR 8,4); mổ lại trong vòng 30 ngày (OR 26,4) và thời gian nằm viện trên 14 ngày (OR 31,238), $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm bệnh nhân. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 195 BN: 97 BN được RVM bằng NMSL và 98 BN đối chứng. Tuổi trung bình của BN trong nghiên cứu của chúng tôi là $63,85 \pm 12,21$. Các BN có tiền sử mắc bệnh lý nội khoa đi kèm như đái tháo đường (18,6%), bệnh tim mạch (9,2%), hút thuốc lá (9,1%), lạm dụng rượu (23,1%). Tỷ lệ này cao hơn nhiều so với các nghiên cứu trước đây của các tác giả trong nước như Phạm Văn Bình. Điều này có thể giải thích do những tiến bộ trong việc kiểm soát bệnh đi kèm hiện nay tốt hơn trước, ít ảnh hưởng đến quyết định phẫu thuật của phẫu thuật viên. Hơn nữa một số BN có bệnh lý kèm theo có thể không chịu được thời gian mổ kéo dài, vì vậy phẫu thuật mở được ưu tiên.

Phần lớn BN trong nghiên cứu của chúng tôi được chẩn đoán là UT đại tràng, chiếm 85,6%. Nghiên cứu của Wang và cộng sự ghi nhận UT trực tràng chiếm 49,66%, UT đại tràng chiếm 49,09%, và UT cả hai vị trí chiếm 1,25%. Tỷ lệ UT đại tràng trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn đáng kể là do nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện trên những BN phẫu thuật mổ. Trong khi đó, những BN mắc UT trực tràng, nhất là u ở vị trí trung bình và thấp tại khoa Ngoại bụng 1 – Bệnh viện K thường được ưu tiên phẫu thuật nội soi.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian phẫu thuật trung bình là 133,69 phút. Thời gian phẫu thuật được xem là yếu tố dự báo độc lập với NKVM. Phân tích gộp của Cheng chứng minh rằng nguy cơ NKVM tăng 5% sau mỗi 10 phút, 13% sau mỗi 15 phút, 17% sau mỗi 30 phút và 37% sau mỗi 60 phút. Việc cải thiện kỹ năng của phẫu thuật viên để rút ngắn thời gian phẫu thuật là một trong những biện pháp cần thiết để giảm NKVM.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận nguy cơ nhiễm khuẩn theo thang điểm NNIS giữa nhóm đối chứng và nhóm RVM là tương đương nhau, với $p > 0,05$. Tuy nhiên, tỷ lệ NKVM của nhóm đối chứng cao hơn đáng kể so với nhóm RVM bằng

NaCl 0,9%, tương ứng là 22,4% và 7,2%, $p < 0,05$. Khi so sánh các biến chứng không liên quan đến NKVM chúng tôi thấy giữa hai nhóm là tương đương nhau. Điều này cho thấy NKVM là nguyên nhân làm tăng tỷ lệ biến chứng chung của BN trong nhóm chứng (29,6%) so với nhóm RVM (15,5%), $p < 0,05$.

Khi so sánh giữa hai nhóm RVM và không RVM về các đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm máu, giai đoạn bệnh cũng như đặc điểm phẫu thuật chúng tôi thấy giữa hai nhóm là tương đồng, với $p > 0,05$.

4.2. Nhiễm khuẩn vết mổ và một số yếu tố liên quan. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận RVM bằng NMSL trong quá trình phẫu thuật mở UT ĐTT đã làm giảm đáng kể tỷ lệ NKVM, từ 22,4% xuống 7,2%, $p < 0,05$. Do đó, thời gian sử dụng kháng sinh được rút ngắn và chi phí chăm sóc vết mổ cũng giảm. Mặc dù không có sự khác biệt về thời gian nằm viện trung bình, nhưng RVM bằng NMSL giúp giảm tỷ lệ BN nằm viện kéo dài trên 14 ngày, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,05$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với tác giả Wang báo cáo tỷ lệ NKVM của nhóm RVM thấp hơn so với nhóm không RVM (10,6% so với 26,1%, $p < 0,001$).

NKVM là một trong những biến chứng hay gặp nhất sau phẫu thuật ổ bụng, có nguyên nhân liên quan đến phẫu thuật, môi trường và BN. Vết mổ bị nhiễm bẩn được coi là nguyên nhân phổ biến nhất, tiếp theo là lắng đọng các mảnh vụn mô và cục máu đông, đặc biệt là trong quá trình phẫu thuật ổ bụng. Do đó, về mặt lý thuyết, rửa sạch sẽ loại bỏ vi khuẩn, cục máu đông và mảnh vụn mô khỏi vết mổ, đây là những yếu tố quan trọng nhất gây ra NKVM. RVM trong khi phẫu thuật bằng NMSL là một kỹ thuật an toàn, khả thi và ít tốn kém.

RVM bằng NMSL cũng làm giảm tỷ lệ chảy dịch vết mổ. Chảy dịch vết mổ là do thanh dịch tích tụ trong khoảng chết của mô mềm, trong hầu hết các trường hợp bắt nguồn từ dịch viêm, hóa lỏng mô mỡ và rò rỉ dịch bạch huyết. Chảy dịch, một dấu hiệu tiềm ẩn của NKVM, có thể được quan sát thấy ở 3%–10% BN trải qua phẫu thuật ổ bụng. RVM bằng NMSL có hiệu quả loại bỏ cục máu đông, tế bào chết và mảnh vụn khỏi vết thương, do đó ngăn ngừa hình thành dịch vết mổ.

Thời gian phẫu thuật được coi là yếu tố tiên lượng độc lập và có khả năng thay đổi được đối với NKVM. Khi thời gian phẫu thuật kéo dài, vết mổ hở của BN tiếp xúc với môi trường lâu hơn, vết mổ dễ bị khô, điều này làm tăng khả năng nhiễm khuẩn. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận

nguy cơ NKVM tăng lên đáng kể ở BN có thời gian phẫu thuật trên 3 giờ, (OR 17,083; 95% CI: 3,137-93,033, $p < 0,001$). Đái tháo đường là một yếu tố khác có liên quan đến NKVM do phản ứng miễn dịch bị suy yếu, biến chứng vi mạch và vết thương chậm lành liên quan đến tình trạng tăng đường huyết. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ NKVM cao hơn ở BN đái tháo đường (OR 3,141; 95% CI: 1,041-9,476, $p < 0,05$). Kiểm soát đường huyết hiệu quả trước và sau phẫu thuật, duy trì mức hemoglobin A1c (HbA1c) dưới 7% làm giảm tỷ lệ bị NKVM. Hơn nữa, những tiến bộ trong các kỹ thuật phẫu thuật ít xâm lấn đã góp phần làm giảm tỷ lệ NKVM bằng cách giảm chấn thương mô và bảo tồn chức năng miễn dịch. Ngoài ra, chúng tôi nhận thấy nguy cơ NKVM tăng lên đáng kể ở BN có các yếu tố: biến chứng không liên quan đến NKVM (OR 8,4; 95% CI: 2,372-29,752); mổ lại trong vòng 30 ngày (OR 26,4; 95% CI: 2,835-245,839) và thời gian nằm viện trên 14 ngày (OR 31,238; 95% CI: 6,215-157,015), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

V. KẾT LUẬN

Rửa vết mổ bằng nước muối sinh lý làm giảm tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ trong phẫu thuật mổ mở ung thư đại trực tràng từ 22,4% xuống 7,2%. Rửa vết mổ trong khi phẫu thuật bằng nước muối sinh lý là một biện pháp an toàn, khả thi và ít tốn kém để giảm nhiễm khuẩn vết mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Griffiths RD, Fernandez RS, Ussia CA.** Is tap water a safe alternative to normal saline for wound irrigation in the community setting? *J Wound Care.* 2001;10(10):407-411. doi:10.12968/jowc.2001.10.10.26149
2. **Norman G, Atkinson RA, Smith TA, et al.** Intracavity lavage and wound irrigation for prevention of surgical site infection. *Cochrane Wounds Group, ed. Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2017;2017(10). doi:10.1002/14651858.CD012234.pub2
3. **Phạm Văn Bình.** Nghiên Cứu Ứng Dụng Phẫu Thuật Nội Soi Cắt Cụt Trực Tràng Đường Bụng Tăng Sinh Môn Điều Trị Ung Thư Trực Tràng Thấp. Luận án tiến sĩ Y học. Đại học Y Hà Nội; 2013.
4. **Wang X.** Epidemiological characteristics and prevention and control strategies of colorectal cancer in China and American. doi:10.3877/cma.j.issn.2095-3224.2019.01.001
5. **Cheng H, Chen BPH, Soleas IM, Ferko NC, Cameron CG, Hinoul P.** Prolonged Operative Duration Increases Risk of Surgical Site Infections: A Systematic Review. *Surg Infect (Larchmt).* 2017;18(6):722-735. doi:10.1089/sur.2017.089
6. **Wang J, Lv W, Xu S, et al.** Intraoperative incision irrigation with high-volume saline reduces

surgical site infection for abdominal infections. Front Surg. 2022;9. doi:10.3389/fsurg.2022.927896

7. **Sahebally SM, McKeivitt K, Stephens I, et al.** Negative Pressure Wound Therapy for Closed

Laparotomy Incisions in General and Colorectal Surgery: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Surg. 2018;153(11):e183467. doi:10.1001/jamasurg.2018.3467

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, ĐIỀU TRỊ VÀ YẾU TỐ NGUY CƠ CỦA NGƯỜI BỆNH RUNG NHĨ NGOẠI TRÚ THEO THANG ĐIỂM CHA2DS2-VA TẠI PHÒNG KHÁM TIM MẠCH BỆNH VIỆN NHÂN DÂN GIA ĐỊNH

Nguyễn Quang Trung¹, Võ Thị Băng Trâm¹,
Lê Hoài Nam^{1,2}, Nguyễn Hoàng Hải¹, Châu Ngọc Hoa^{1,2}

TÓM TẮT

Mở đầu: Rung nhĩ (RN) là rối loạn nhịp tim thường gặp và tăng theo tuổi, chiếm 20% các trường hợp đột quỵ, làm tăng nguy cơ đột quỵ từ 5 đến 20 lần, tùy thuộc bệnh đồng mắc đi kèm. Việc đánh giá toàn diện người bệnh rung nhĩ theo thang điểm mới CHA2DS2-VA và bệnh đồng mắc đi kèm có ý nghĩa quan trọng trong việc điều trị phòng ngừa đột quỵ và giảm các biến cố tim mạch. **Mục tiêu:** Xác định các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của những bệnh RN theo thang điểm mới CHA2DS2-VA, nguy cơ xuất huyết, và kháng đông đang sử dụng tại phòng khám Nội Tim Mạch bệnh viện Nhân Dân Gia Định. **Phương pháp:** Nghiên cứu khảo sát cắt ngang, tiến cứu, lấy mẫu liên tục bao gồm các trường hợp Rung Nhĩ không kèm hẹp van 02 lá mức độ trung bình nặng hay van tim cơ học, thời gian từ tháng 10 năm 2024 đến tháng 12 năm 2024 tại phòng khám nội tim mạch bệnh viện Nhân Dân Gia Định. **Kết quả:** 237 bệnh nhân RN, tuổi trung bình là 69.9, và 55,7% là nữ giới. Trong đó RN cơn là 18%, rung nhĩ kéo dài/ kéo dài lâu là 14.6% và RN vĩnh viễn là 67.4%. Thời gian mắc RN dưới một năm, từ 1-5 năm, 5- 10 năm và trên 10 năm lần lượt là 24.9%, 44.3%, 17.3% và 13.5%. Người bệnh RN có bệnh thận mạn độ 2 và 3 là 64% và 33%, có phân suất tống máu thất trái (EF) > 50% chiếm 79% và có 12% người bệnh đã được tái tưới máu mạch vành. Theo thang điểm CHA2DS2-VA, người bệnh RN có điểm 1,2,3 và 4 lần lượt là 13.5%, 30.8%, 22.4% và 16.0%. Có 87% người bệnh RN được sử dụng DOAC. Nguy cơ xuất huyết theo thang điểm HASBLED của người bệnh RN là 72.6% thấp, 22.4% trung bình và 5% cao. **Kết luận:** Phần lớn người bệnh là RN vĩnh viễn và có thời gian mắc RN trên một năm. Điểm nguy cơ truyền tắc huyết khối trung bình theo CHA2DS2-VA là 3.1 và điểm nguy cơ xuất huyết trung bình theo HASBLED là 1.13. Thuốc kháng đông tiếp được sử dụng ở 87% người bệnh RN. **Từ khóa:** Rung Nhĩ, CHA2DS2-VA, HASBLED, thuốc kháng đông.

¹Bệnh viện Nhân Dân Gia Định

²Đại học Y Dược TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Trung

Email: bsnguyentrung@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2025

Ngày duyệt bài: 24.3.2025

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS, TREATMENT, AND RISK FACTORS OF OUTPATIENTS WITH ATRIAL FIBRILLATION BASED ON THE CHA2DS2-VA SCORE AT THE CARDIOLOGY CLINIC OF GIA DINH PEOPLE'S HOSPITAL

Introduction: Atrial fibrillation (AF) is a common arrhythmia that increases with age and accounts for 20% of stroke cases. It elevates stroke risk by 5 to 20 times, depending on the associated comorbidities. Comprehensive evaluation of AF patients using the new CHA2DS2-VA score and associated comorbidities is crucial for stroke prevention and reducing cardiovascular events. **Objectives:** To determine the clinical and laboratory characteristics of AF patients based on the CHA2DS2-VA score, bleeding risk, and anticoagulants used at the Cardiology Clinic of Gia Dinh People's Hospital. **Methods:** This is a cross-sectional, prospective survey with continuous sampling, including cases of AF without moderate-to-severe mitral valve stenosis or mechanical heart valves, conducted from October 2024 to December 2024 at the Cardiology Clinic of Gia Dinh People's Hospital. **Results:** A total of 237 AF patients were included, with an average age of 69.9 years, and 55.7% were female. Paroxysmal AF accounted for 18%, persistent/long-standing persistent AF for 14.6%, and permanent AF for 67.4%. The duration of AF was <1 year, 1–5 years, 5–10 years, and >10 years in 24.9%, 44.3%, 17.3%, and 13.5% of patients, respectively. Left ventricular ejection fraction (EF) >50% was observed in 79% of patients, and 12% had undergone coronary revascularization. Chronic kidney disease (CKD) stages 2 and 3 were found in 64% and 33% of patients, respectively. Based on the CHA2DS2-VA score, AF patients with scores of 1, 2, 3, and 4 accounted for 13.5%, 30.8%, 22.4%, and 16.0%, respectively. Direct oral anticoagulants (DOACs) were used by 87% of patients. Bleeding risk stratification using the HAS-BLED score indicated that 72.6% of patients were at low risk, 22.4% at moderate risk, and 5% at high risk. **Conclusions:** Most AF patients had permanent AF and had experienced AF for more than one year. The average thromboembolic risk score based on the CHA2DS2-VA score was 3.1, and the average bleeding risk score based on HAS-BLED was 1.13. Direct oral