

dày mô mềm thuận lợi cho sự vững ổn của vít ở cả nam và nữ. Kết quả này hữu ích cho nhà lâm sàng giúp chọn lựa vít có kích thước vùng cổ thích hợp để tương thích với độ dày mô mềm, đảm bảo sự thành công trên lâm sàng.

V. KẾT LUẬN

Độ dày mô mềm khẩu cái trong nghiên cứu của chúng tôi thay đổi theo vị trí giải phẫu với khuynh hướng mỏng nhất ở đường giữa khẩu cái và dày hơn dần ra 2 bên. Khi đi từ trước ra sau, vùng khẩu cái trước có khuynh hướng dày hơn, giảm dần về phía sau, mỏng nhất ở khoảng vùng răng cối lớn thứ nhất hàm trên và hơi tăng lại ở vùng khẩu cái sau. Ở nữ, đa số các vùng đều có độ dày mô mềm trong khoảng 1-2 mm trừ các vùng 6 mm về phía bên khẩu cái trước và sau, và vùng 4 mm về phía bên ở vùng khẩu cái trước. Nam có độ dày mô mềm có khuynh hướng lớn hơn nữ nhưng vùng thuận lợi nhất để đặt vít tương tự như nữ. Tóm lại, ở người Việt Nam vùng giữa khẩu cái từ 8 mm sau lỗ cửa về phía sau đến 24 mm và trong khoảng 2-4 mm sang bên là vùng có độ dày mô mềm trong khoảng 1-2 mm thuận lợi nhất để đặt vít vững ổn lâu dài, ít biến chứng.

Nghiên cứu này được tài trợ kinh phí bởi Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh theo Hợp đồng số 262/2025/HĐ-ĐHYD, ngày 28 tháng 4, năm 2025

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Long H, Han X, Lai W. Clinical Insertion Techniques of Orthodontic Temporary Anchorage Devices: John Wiley & Sons; 2024.
2. Park JH. Temporary anchorage devices in clinical orthodontics: John Wiley & Sons; 2020.
3. Kakali L, Alharbi M, Pandis N, Gkantidis N, Kloukos D. Success of palatal implants or mini-screws placed median or paramedian for the reinforcement of anchorage during orthodontic treatment: a systematic review. Eur J Orthod. 2019; 41(1):9-20.
4. Gupta N, Hungund S, Astekar MS, Dodani K. Evaluation of palatal mucosal thickness and its association with age and gender. Biotech Histochem. 2014;89(7):481-7.
5. Oh SH, Lee SR, Choi JY, Kim SH, Hwang EH, Nelson G. Quantitative cone-beam computed tomography evaluation of hard and soft tissue thicknesses in the midpalatal suture region to facilitate orthodontic mini-implant placement. Korean J Orthod. 2021;51(4):260-9.
6. Gibas-Stanek M, Żabicki S, Urzędowski M, Pihut M. Evaluation of Palatal Bone Thickness at the Implantation Areas of Two Popular Bone-Anchored Distalizers-A Cone Beam Computed Tomography Retrospective Study. Diagnostics (Basel). 2023;13(14).
7. Vu T, Bayome M, Kook YA, Han SH. Evaluation of the palatal soft tissue thickness by cone-beam computed tomography. Korean J Orthod. 2012;42(6):291-6.
8. Poorsattar-Bejeh Mir A, Haghaniifar S, Poorsattar-Bejeh Mir M, Rahmati-Kamel M. Individual scoring and mapping of hard and soft tissues of the anterior hard palate for orthodontic miniscrew insertion. J Invest Clin Dent. 2017;8(1).

TỈ LỆ NHIỄM KHUẨN VẾT MỒ VÀ CÁC TÁC NHÂN GÂY NHIỄM TẠI BỆNH VIỆN QUẬN GÒ VẤP

Lê Lý Bảo Hân¹, Trần Phủ Mạnh Siêu¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhiễm khuẩn vết mổ (NKVM) là một trong những biến chứng hậu phẫu thường gặp và nguy hiểm, chiếm tỉ lệ cao trong các ca nhiễm khuẩn bệnh viện trên thế giới, gây hậu quả như kéo dài thời gian nằm viện, tăng chi phí điều trị và tăng tỉ lệ tử vong. **Mục tiêu:** Khảo sát tình trạng NKVM và xác định tỉ lệ các tác nhân gây NKVM ở các khoa ngoại tại Bệnh viện quận Gò Vấp. **Đối tượng – phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả, thực hiện trên 689 bệnh nhân phẫu thuật tại khoa Ngoại chấn thương chỉnh hình và Ngoại tổng hợp - Bệnh viện Quận Gò Vấp từ tháng 8/2024 đến tháng 4/2025. **Kết**

quả: Tỉ lệ NKVM chung là 1,9%. Trong đó tỉ lệ NKVM cao ở các loại phẫu thuật: gỡ dính tắc ruột (25,0%), rạch dẫn lưu ổ áp xe (7,1%) và kết hợp xương (3,3%). Các tác nhân gây NKVM phân lập được bao gồm Staphylococcus aureus, Escherichia coli, Staphylococcus epidermidis, Pseudomonas aeruginosa. Escherichia coli được phân lập chủ yếu ở các phẫu thuật đường tiêu hóa, các chủng Staphylococcus spp. gây NKVM ở các phẫu thuật rạch dẫn lưu ổ áp xe và phẫu thuật chấn thương chỉnh hình. **Kết luận:** Trong nghiên cứu, tỉ lệ NKVM chung là 1,9%. Các tác nhân gây NKVM phân lập được bao gồm Staphylococcus aureus, Escherichia coli, Staphylococcus epidermidis, Pseudomonas aeruginosa. Trong đó, Staphylococcus aureus chiếm tỉ lệ cao nhất, tiếp đến là Escherichia coli.

Từ khóa: Nhiễm khuẩn vết mổ, vi khuẩn, nhiễm khuẩn bệnh viện

SUMMARY

PREVALENCE OF SURGICAL SITE INFECTION AND PATHOGENS AT GO VAP HOSPITAL

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lê Lý Bảo Hân

Email: baohan5276@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.7.2025

Ngày duyệt bài: 25.8.2025

Background: Surgical site infection (SSI) is one of the most common infection and have serious complications, it can lead to significant adverse outcomes, including prolonged inpatient time, increased costs and mortality rates. **Objective:** Investigate the incidence of post operation infection and pathogens at the surgical departments of Go Vap Hospital. **Subjects and Methods:** A cross-sectional study was conducted on 689 surgical patients at the Orthopedic Departments and General Surgery Departments, Go Vap Hospital, from August 2024 to April 2025. **Result:** The overall SSI rate was 1.9%. SSIs were most common in adhesion release (25.0%), abscess drainage (7.1%), and bone fixation (3.3%). The isolated causative pathogens included *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Staphylococcus epidermidis*, and *Pseudomonas aeruginosa*. *Escherichia coli* mainly appeared in gastrointestinal surgeries, while *Staphylococcus* spp. were common in abscess and orthopedic surgeries. **Conclusions:** The overall SSI rate in this study was 1.9%. The causative pathogens isolated included *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Staphylococcus epidermidis* and *Pseudomonas aeruginosa*, with *Staphylococcus aureus* being the most common pathogen, followed by *Escherichia coli*.

Keywords: Surgical site infection, Bacteria, Healthcare Associated Infection.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn vết mổ (NKVM) là một trong những biến chứng hậu phẫu thường gặp và nguy hiểm, chiếm tỉ lệ cao trong các ca nhiễm khuẩn bệnh viện trên toàn thế giới. Tại Hoa Kỳ, NKVM đứng thứ hai sau nhiễm khuẩn tiết niệu bệnh viện, với tỉ lệ mắc từ 2% đến 15% tùy loại phẫu thuật. Ở các nước châu Á như Ấn Độ, Thái Lan và một số nước châu Phi, tỷ lệ NKVM dao động từ 8,8% đến 24%. Tại Việt Nam, NKVM chiếm khoảng 5% đến 10% trong tổng số các ca phẫu thuật hàng năm [1].

NKVM gây ra nhiều hậu quả nghiêm trọng cho người bệnh (NB) như kéo dài thời gian nằm viện, gia tăng chi phí điều trị và tăng tỉ lệ tử vong. Tại Hoa Kỳ, số ngày nằm viện tăng trung bình 7,4 ngày đối với bệnh nhân NKVM, gây phát sinh chi phí lên tới 130 triệu USD mỗi năm. Ở Việt Nam, NKVM cũng làm tăng gấp đôi thời gian nằm viện và chi phí điều trị cho người bệnh [1].

Nguyên nhân NKVM chủ yếu do vi khuẩn. Kiểm soát tốt NKVM sẽ làm giảm rõ rệt tỉ lệ NKBV của toàn bệnh viện, đặc biệt việc xác định tác nhân gây nhiễm khuẩn để tối ưu hóa phương pháp điều trị cho bệnh nhân. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục đích khảo sát tình trạng nhiễm khuẩn vết mổ và xác định tỉ lệ các tác nhân gây nhiễm khuẩn tại các khoa ngoại Bệnh viện quận Gò Vấp, từ đó giúp đưa ra các biện pháp can thiệp kịp thời, góp phần nâng cao

chất lượng khám chữa bệnh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân ở các khoa ngoại có thời gian hậu phẫu > 48 giờ tại Bệnh viện quận Gò Vấp (khoa Ngoại chấn thương chỉnh hình, khoa Ngoại tổng hợp). Thời gian từ tháng 8/2024 đến tháng 4/2025.

Tiêu chí đưa vào: Các bệnh nhân phẫu thuật ở các khoa ngoại có thời gian hậu phẫu sau 48 giờ.

Tiêu chí loại ra: Bệnh nhân được xác định có nhiễm khuẩn trước khi phẫu thuật.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên tất cả người bệnh thỏa tiêu chí chọn mẫu từ 8/2024 đến tháng 4/2025. Theo dõi tình trạng NKVM của người bệnh sau phẫu thuật trong vòng 30 ngày.

2.3. Cỡ mẫu. Cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng một tỉ lệ

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

($\alpha = 0,05$; $Z = 1,96$; $p = 0,022$; $d = 0,05$).

Cỡ mẫu ước tính 684 NB, thực tế nghiên cứu lấy 689 NB. $p = 0,022$ theo nghiên cứu tại Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh [2].

2.4. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu. Số liệu được thu thập, quản lý, kiểm tra và làm sạch bằng phần mềm Excel; phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 26.0. Thống kê mô tả đối với biến định tính báo cáo tần số, tỉ lệ.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh ngày 9 tháng 10 năm 2024 (Quyết định số 2761/ĐHYD-HĐĐĐ).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của người bệnh. Trong thời gian thu thập mẫu nghiên cứu từ tháng 8/2024 đến tháng 4/2025, có 689 NB thỏa mãn tiêu chuẩn chọn vào.

Bảng 3.1. Đặc điểm của người tham gia nghiên cứu (n=689)

Đặc điểm	Tần số	Tỉ lệ (%)
Nhóm tuổi		
< 20 tuổi	40	5,8
20 – 60 tuổi	481	69,8
> 60 tuổi	168	24,4
Giới		
Nam	297	43,1%
Nữ	392	56,9%
Loại phẫu thuật		

Cắt u lành	36	5,2
Ung thư đại tràng	1	0,1
Ruột thừa	126	18,3
Cắt trĩ, rò hậu môn, nút hậu môn	49	7,1
Gỡ dính tắc ruột	4	0,6
Nội soi lấy sỏi/cắt túi mật	31	4,6
Thủng tạng rỗng	10	1,5
Thoát vị bẹn/rốn	25	3,6
Khâu, cắt lọc vết thương ngoài da	33	4,8
Rạch, dẫn lưu ổ áp xe	42	6,1
Viêm bao gân/hội chứng ống cổ tay	47	6,8
Thoát vị đĩa đệm	116	16,8
Kết hợp xương	120	17,4
Lấy phương tiện kết hợp xương	47	6,8
Tuyến giáp	2	0,3

Mẫu nghiên cứu gồm 689 bệnh nhân, đa số bệnh nhân nằm ở độ tuổi từ 20 - 60 tuổi chiếm tỉ lệ 69,8%, tiếp đó là nhóm tuổi > 60 tuổi chiếm tỉ lệ 24,4%, thấp nhất là nhóm tuổi < 20 tuổi chiếm tỉ lệ 5,8%.

Về giới, mẫu nghiên cứu gồm 297 bệnh nhân nam chiếm tỉ lệ 43,1% và có 392 bệnh nhân nữ chiếm tỉ lệ 56,9%.

Phẫu thuật ruột thừa là loại phẫu thuật phổ biến nhất trong nghiên cứu chiếm tỉ lệ 18,3%, tiếp đến là phẫu thuật kết hợp xương chiếm 17,4%, phẫu thuật thoát vị đĩa đệm chiếm 16,8%. Các phẫu thuật khác như cắt trĩ, rò hậu môn, nút hậu môn (7,1%), viêm bao gân/hội chứng ống cổ tay (6,8%), lấy phương tiện kết hợp xương (6,8%) và rạch, dẫn lưu ổ áp xe (6,1%) cũng chiếm tỉ lệ đáng kể. Một số loại phẫu thuật ít gặp hơn như ung thư đại tràng, tuyến giáp, gỡ dính tắc ruột có tần suất thấp.

3.2. Tỉ lệ nhiễm khuẩn vết mổ



Hình 1. Tỉ lệ NKVM

Trong tổng số 689 ca phẫu thuật có 13 ca NKVM, chiếm tỉ lệ 1,9%.

Bảng 3.2. Tỉ lệ NKVM theo loại phẫu thuật (n=689)

Loại phẫu thuật	Số ca phẫu thuật (n=689)	NKVM	
		Có (n=13)	Không (n=676)
Cắt u lành	36	0	36
Ung thư đại tràng	1	0	1
Ruột thừa	126	1(0,8%)	125(99,2%)
Cắt trĩ, rò hậu	49	0	49

môn, nút hậu môn			
Gỡ dính tắc ruột	4	1(25,0%)	3(75,0%)
Nội soi lấy sỏi/cắt túi mật	31	0	31
Thủng tạng rỗng	10	0	10
Thoát vị bẹn/ rốn	25	0	25
Khâu, cắt lọc vết thương ngoài da	33	0	33
Rạch, dẫn lưu ổ áp xe	42	3(7,1%)	39 (92,9%)
Viêm bao gân/hội chứng ống cổ tay	47	0	47
Thoát vị đĩa đệm	116	3(2,6%)	113(97,4%)
Kết hợp xương	120	4(3,3%)	116(96,7%)
Lấy phương tiện kết hợp xương	47	1(2,1%)	46 (97,9%)
Tuyến giáp	2	0	2

Kết quả phân tích cho thấy phẫu thuật gỡ dính tắc ruột có tỷ lệ NKVM cao nhất (25%), tiếp đến là phẫu thuật rạch dẫn lưu ổ áp xe (7,1%), kết hợp xương (3,3%), thoát vị đĩa đệm (2,6%), lấy phương tiện kết hợp xương (2,1%) và thấp nhất là phẫu thuật cắt ruột thừa (0,8%).

Bảng 3.3. Các tác nhân vi khuẩn gây NKVM phân lập được (n=13)

Tên vi khuẩn	Tần số	Tỉ lệ (%)
Staphylococcus aureus	6	46,2
Staphylococcus epidermidis	2	15,3
Escherichia coli	4	30,8
Pseudomonas aeruginosa	1	7,7

Kết quả phân lập được từ 13 ca NKVM cho thấy tác nhân vi khuẩn gây NKVM nhiều nhất là Staphylococcus aureus chiếm 46,2%, tiếp đến là Escherichia coli chiếm 30,8%, Staphylococcus epidermidis chiếm 15,3% và thấp nhất là Pseudomonas aeruginosa với 7,7%.

Bảng 3.4. Tác nhân vi khuẩn phân lập được theo loại phẫu thuật (n=689)

Loại phẫu thuật	Số ca phẫu thuật	E.coli	S.aureus	S.epidermidis	P.aeruginosa
Cắt u lành	36	0	0	0	0
Ung thư đại tràng	1	0	0	0	0
Ruột thừa	126	1 (0,8%)	0	0	0
Cắt trĩ, rò hậu môn, nút hậu môn	49	0	0	0	0
Gỡ dính tắc ruột	4	1 (25,0%)	0	0	0
Nội soi lấy sỏi/cắt túi mật	31	0	0	0	0

Thủng tạng rỗng	10	0	0	0	0
Thoát vị bẹn/ rốn	25	0	0	0	0
Khâu, cắt lọc vết thương ngoài da	33	0	0	0	0
Rạch, dẫn lưu ổ áp xe	42	2 (4,8%)	1 (2,4%)	0	0
Viêm bao gân/hội chứng ống cổ tay	47	0	0	0	0
Thoát vị đĩa đệm	116	0	2 (1,7%)	1 (0,9%)	0
Kết hợp xương	120	0	2 (1,7%)	1 (0,8%)	1 (0,8%)
Lấy phương tiện kết hợp xương	47	0	1 (2,1%)	0	0
Tuyến giáp	2	0	0	0	0

Escherichia coli xuất hiện chủ yếu sau các phẫu thuật liên quan đến hệ tiêu hóa như gỡ dính tắc ruột (25,0%) và rạch dẫn lưu ổ áp xe (4,8%); *Staphylococcus aureus* gây NKVM sau các phẫu thuật như rạch dẫn lưu ổ áp xe (2,4%), thoát vị đĩa đệm (1,7%), phẫu thuật kết hợp xương (1,7%) và phẫu thuật lấy phương tiện kết hợp xương (2,1%); *Staphylococcus epidermidis* thường gặp hơn trong các phẫu thuật như thoát vị đĩa đệm (0,9%) và phẫu thuật kết hợp xương (0,8%), trong khi *Pseudomonas aeruginosa* chỉ ghi nhận ở 1 trường hợp sau phẫu thuật kết hợp xương (2,1%). Các phẫu thuật sạch như cắt u lành, tuyến giáp, hoặc phẫu thuật nội soi không ghi nhận trường hợp nào nhiễm khuẩn.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu 689 bệnh nhân được phẫu thuật tại các khoa Ngoại chấn thương chỉnh hình và Ngoại tổng hợp của Bệnh viện quận Gò Vấp. Đa số bệnh nhân nằm trong độ tuổi lao động từ 20 - 60 tuổi chiếm tỉ lệ 69,8%, nhóm trên 60 tuổi chiếm 24,4% và nhóm dưới 20 tuổi chiếm tỉ lệ thấp nhất (5,8%). Tương đồng với nghiên cứu của Trần Đình Bình và cộng sự [3], nhóm tuổi chủ yếu của các bệnh nhân phẫu thuật cũng trong độ tuổi 21 – 60 tuổi (58,6%). Mẫu nghiên cứu gồm 392 bệnh nhân nữ chiếm tỉ lệ 56,9% cao hơn nam giới với 297 bệnh nhân (43,1%). Nghiên cứu của Phạm Thị Lan và cộng sự [2] cũng cho thấy số ca phẫu thuật của nữ giới chiếm đa số với tỉ lệ là 52,9%.

Sự phân bố các loại phẫu thuật ở nhóm mẫu nghiên cứu cho thấy ba loại phẫu thuật phổ biến nhất là cắt ruột thừa (18,3%), kết hợp xương (17,4%) và thoát vị đĩa đệm (16,8%), chiếm hơn một nửa tổng số ca phẫu thuật. Đây đều là những loại phẫu thuật thường gặp trong các bệnh viện đa khoa hạng II, phản ánh thực tế lâm sàng đa dạng giữa khoa ngoại tiêu hóa, chấn thương chỉnh hình và ngoại thần kinh – cột sống. Các phẫu thuật khác như cắt trĩ, rò hậu môn, nút hậu môn (7,1%), viêm bao gân/hội chứng ống cổ tay (6,8%), lấy phương tiện kết hợp xương (6,8%) và rạch, dẫn lưu ổ áp xe (6,1%) cũng chiếm tỉ lệ đáng kể. Một số loại phẫu thuật ít gặp hơn như ung thư đại tràng, tuyến giáp, gỡ dính tắc ruột có tần suất thấp.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, với 689 bệnh nhân phẫu thuật được khảo sát có 13 bệnh nhân bị NKVM chiếm tỉ lệ 1,9%. Kết quả này so với nghiên cứu của Phạm Thị Lan và cộng sự [2] tại Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh có tỉ lệ tương đương (2,2%). Nghiên cứu của Nguyễn Thị Nhã và cộng sự [4] tại Bệnh viện thành phố Thủ Đức cũng tương đồng với tỉ lệ NKVM là 1,6%. Theo Tổ chức Y tế Thế giới, NKVM là loại NKBV được khảo sát nhiều nhất và thường xuyên nhất ở các nước thu nhập thấp - trung bình và ảnh hưởng đến 1/3 số bệnh nhân trải qua phẫu thuật. Ở các nước thu nhập thấp và trung bình, tỷ lệ NKVM gộp chung là 11,8% (từ 1,2% đến 23,6%) [3]. Tỉ lệ bệnh nhân mắc NKVM cao nhất được ghi nhận ở phẫu thuật gỡ dính tắc ruột (25%), tiếp đến là phẫu thuật rạch, dẫn lưu ổ áp xe chiếm 7,1%, phẫu thuật kết hợp xương chiếm 3,3%, phẫu thuật thoát vị đĩa đệm (2,6%), lấy phương tiện kết hợp xương (2,1%) và tỉ lệ NKVM thấp nhất là ở phẫu thuật cắt ruột thừa với 0,8%. So sánh với nghiên cứu của Phạm Thị Lan và cộng sự [2], tỉ lệ NKVM cao nhất là ở nhóm phẫu thuật ruột non với 20,0%. Kết quả này phù hợp với đặc điểm nguy cơ của từng loại phẫu thuật. Các phẫu thuật như gỡ dính tắc ruột và rạch dẫn lưu ổ áp xe có nguy cơ NKVM cao do can thiệp trực tiếp vào các vùng tổ chức đã bị viêm nhiễm, mô hoại tử và môi trường không còn vô khuẩn hoàn toàn do sự hiện diện của vi khuẩn nội sinh từ đường tiêu hóa. Ngoài ra, các phẫu thuật thoát vị đĩa đệm, kết hợp xương và lấy phương tiện kết hợp xương có tỉ lệ NKVM thấp hơn nhờ được kiểm soát vô khuẩn tốt và không có tình trạng viêm nhiễm sẵn tại thời điểm mổ, nhưng vẫn tiềm ẩn nguy cơ NKVM do đây là các phẫu thuật can thiệp sâu vào mô cơ xương khớp, có thời gian mổ kéo dài và đặc biệt là có sử dụng các vật liệu nhân tạo

như vít, nẹp, thanh nẹp cố định cột sống hoặc các phương tiện kết hợp xương.

Kết quả phân lập vi khuẩn từ các ca bệnh NKVM cho thấy tác nhân thường gặp nhất *Staphylococcus aureus* với 6/13 ca bệnh (46,2%), tiếp theo là *Escherichia coli* với 4/13 ca (30,8%), hai tác nhân khác là *Staphylococcus epidermidis* và *Pseudomonas aeruginosa* lần lượt được ghi nhận với tỉ lệ 15,3% (2/13) và 7,7% (1/13). Theo nghiên cứu của Ngô Tiến Khương và cộng sự [5] tại bệnh viện Quân y 105 năm 2023 thì tác nhân gây NKVM chiếm tỉ lệ cao nhất là *Staphylococcus aureus* với 45,5%, tiếp đến là *Escherichia coli* chiếm 21,2%, *Pseudomonas aeruginosa* với 6,1%, còn lại là các vi khuẩn khác. Nghiên cứu của Trần Đình Bình và cộng sự [3] cũng ghi nhận *Staphylococcus aureus* là tác nhân gây NKVM phổ biến nhất với tỉ lệ 40,0%, *Escherichia coli* chiếm 30,0%.

Sự phân bố của các tác nhân vi khuẩn có sự khác biệt rõ rệt giữa các loại phẫu thuật. *Escherichia coli* được phát hiện chủ yếu trong các phẫu thuật liên quan đến đường tiêu hóa, cụ thể như phẫu thuật ruột thừa (0,8%), gỡ dính tắc ruột (25,0%) và rạch dẫn lưu ổ áp xe (4,8%). Điều này phù hợp với đặc điểm sinh lý khi *Escherichia coli* là vi khuẩn Gram âm thường trú ở đường tiêu hóa và dễ gây nhiễm khuẩn trong các phẫu thuật bụng có nguy cơ ô nhiễm cao. Nhiều nghiên cứu trên thế giới trong những năm gần đây cũng ghi nhận *Escherichia coli* là tác nhân vi khuẩn được phân lập thường xuyên nhất trong các phẫu thuật đường tiêu hóa [6,7]. *Staphylococcus aureus* được ghi nhận ở nhóm phẫu thuật rạch dẫn lưu ổ áp xe (2,4%), thoát vị đĩa đệm (1,7%), kết hợp xương (1,7%) và lấy phương tiện kết hợp xương (2,1%). Đây là vi khuẩn Gram dương có thể sống ký sinh trên da do đó có thể xâm nhập vết mổ khi hàng rào bảo vệ tự nhiên bị phá vỡ hay khả năng bám dính mạnh vào các bề mặt nhân tạo như dụng cụ kết hợp xương, vít nẹp, phương tiện cấy ghép. Theo nghiên cứu của tác giả Vũ Thị Thanh Tâm [8] (2021), *Staphylococcus aureus* là tác nhân thường gặp nhất gây NKVM ở các bệnh nhân sau phẫu thuật chấn thương chỉnh hình, đặc biệt là các phẫu thuật có cấy ghép vật liệu nhân tạo. *Staphylococcus epidermidis* cũng là một tụ cầu thường trú trên da được phát hiện trong một số trường hợp phẫu thuật thoát vị đĩa đệm (0,9%) và kết hợp xương (0,8%). *Pseudomonas aeruginosa* chỉ được phân lập trong một trường hợp phẫu thuật kết hợp xương (0,8%) cho thấy công tác kiểm soát nhiễm khuẩn tại bệnh viện tương đối tốt, hạn chế được các tác nhân NKVM

nguy hiểm như *Pseudomonas aeruginosa*.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này cho thấy tỉ lệ NKVM chung là 1,9%. Trong 15 loại phẫu thuật được khảo sát, có 6 loại phẫu thuật ghi nhận có NKVM, các loại phẫu thuật ghi nhận có tỉ lệ NKVM cao nhất là phẫu thuật gỡ dính tắc ruột, phẫu thuật rạch dẫn lưu ổ áp xe và phẫu thuật kết hợp xương. Các tác nhân gây NKVM phân lập được bao gồm *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Staphylococcus epidermidis*, *Pseudomonas aeruginosa*. Trong đó, *Staphylococcus aureus* chiếm tỉ lệ cao nhất, tiếp đến là *Escherichia coli*. *Escherichia coli* được phát hiện chủ yếu trong các phẫu thuật liên quan đến đường tiêu hóa, còn *Staphylococcus aureus* được ghi nhận chủ yếu ở các phẫu thuật rạch dẫn lưu ổ áp xe và phẫu thuật chấn thương chỉnh hình, đặc biệt là các phẫu thuật có cấy ghép vật liệu nhân tạo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- BỘ Y TẾ.** Quyết định số: 3671/QĐ-BYT. Hướng dẫn phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ. 2012;
- Lan PT, Thoa TT, Yên NVH, Khai NTM, Nhung TTM, Siêu TQ, et al.** Nhiễm khuẩn vết mổ và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM. Tạp Chí Học Việt Nam [Internet]. 2023 [cited 2025 Jun 26];524(2). doi: 10.51298/vmj.v524i2.4892.
- Bình TĐ, Hiếu LT, Tứ NV, Hiếu TP, Ngọc HLB, Liên DTH.** Đánh giá tình hình nhiễm khuẩn vết mổ và sử dụng kháng sinh dự phòng tại các khoa Ngoại, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế năm 2020. Tạp Chí Dược Học Cần Thơ. 2022;(45):103–111.
- Nhã NT, Nhung CTH, Khuyên PT, Trang NT, Tuyết CẢ.** 14. Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ và một số yếu tố liên quan tại khoa CTCH, Bệnh viện Thành phố Thủ Đức năm 2024. Tạp Chí Học Công Đồng [Internet]. 2024 [cited 2025 Jun 9];65(CĐ 12-Bệnh viện Thủ Đức). doi: 10.52163/yhc.v65iCD12.1824.
- Khương NT, Hiếu NT, Thành ĐV, Thủy LN, Chiên NT, Đạo NH, et al.** Nhận xét một số đặc điểm dịch tễ học nhiễm khuẩn vết mổ và sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật. Tạp Chí Học Quân Sự. 2024;(371):16–19. doi: 10.59459/1859-1655/JMM.443.
- Islam MS, Faizi SAM, Rahman MZ, Alam RJ, Hossain MJ, Miraj AKA.** The surgical site infection following gastrointestinal surgery: a study in Sir Salimullah medical college and Mitford hospital, Dhaka, Bangladesh. Int Surg J. 2025;12(4):487–493. doi: 10.18203/2349-2902.isj20250803.
- Gupta V, Kaur P, Chhina D, Singh J, Gupta R.** Drug-Resistant Strains in Surgical Site Infections after Abdominal Surgery: A Prospective Study. J Gastrointest Infect. 2023;12:106–111. doi: 10.1055/s-0042-1760423.
- Tâm VTT.** Thực trạng nhiễm khuẩn vết mổ ở người bệnh sau phẫu thuật tại khoa Chấn thương Chỉnh hình tại Bệnh viện Quân y 7A. 2021;

ỨNG DỤNG VẬT ĐẢO TRÊN ĐÒN TRONG TÁI TẠO HỌNG - THỰC QUẢN SAU PHẪU THUẬT CẮT HẠ HỌNG THANH QUẢN ĐIỀU TRỊ UNG THƯ HẠ HỌNG GIAI ĐOẠN III-IV

Phạm Duy Hoàng¹, Trần Minh Trường²,
Nguyễn Hữu Dũng², Nguyễn Việt Dũng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá hiệu quả việc sử dụng vật trên đòn trong tái tạo khuyết hổng họng thực quản sau phẫu thuật cắt hạ họng thanh quản điều trị ung thư hạ họng giai đoạn III-IV. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu, can thiệp lâm sàng không nhóm chứng. Thực hiện trên 30 bệnh nhân ung thư hạ họng giai đoạn III-IV, với mô học loại ung thư tế bào gai được phẫu thuật cắt thanh quản toàn phần kèm cắt một phần hoặc toàn bộ hạ họng và tái tạo tức thì bằng vật đảo da cân trên đòn tại khoa đầu cổ - tai mũi họng bệnh viện ung bướu Tp HCM từ 01/2021- 09/2023. **Kết quả:** bệnh ở giai đoạn III và IVA với 4 ca T3 và 26 ca T4. 24 ca phẫu thuật từ đầu, 6 ca đã hóa hoặc xạ trị trước với 5 ca cắt toàn bộ hạ họng và 25 ca cắt 1 phần hạ họng, nạo hạch cổ 26 ca, kích thước vật trung bình 20,6 * 7cm. Tất cả các vật lành tốt, 1 ca hoại tử vật 1 phần da bề mặt và tự ổn định sau cắt lọc. Biến chứng 7 ca tụ dịch nhiễm trùng và 3 ca rò họng phải nuôi ăn qua ống thông mũi dạ dày. Đánh giá chất lượng nuốt trung bình là 93 điểm. **Kết luận:** vật đảo động mạch trên đòn là chọn lựa an toàn và hiệu quả trong tái tạo hạ họng – thực quản sau phẫu thuật cắt hạ họng thanh quản.

Từ khóa: vật đảo động mạch trên đòn, tái tạo hạ họng – thực quản, ung thư hạ họng thanh quản.

SUMMARY

APPLICATION OF SUPRACLAVICULAR ISLAND FLAP FOR HYPOPHARYNX – ESOPHAGEAL RECONSTRUCTION AFTER HYPOPHARYNGO - LARYNGECTOMY SURGERY III-IV STAGE HYPOPHARYNX CANCER

Objective: The study aimed to evaluate the effectiveness of using a modified supraclavicular flap in reconstructing hypopharyngeal defects after hypopharyngeal resection surgery to treat stage III-IV hypopharyngeal cancer. **Patients & methods:** Prospective study, clinical intervention without control group. Performed on 30 patients with stage III-IV hypopharyngeal cancer, with squamous cell carcinoma histology, who underwent total laryngectomy with partial or complete hypopharyngectomy and immediate reconstruction with supraclavicular fascia

skin flap at the head and neck - ENT department of Ho Chi Minh City Oncology Hospital from January 2021 to September 2023. **Results:** The disease is in stages III and IV A with 4 cases of T3 and 26 cases of T4. 24 cases had initial surgery, 6 cases had prior chemotherapy or radiotherapy. 5 cases had the entire hypopharynx removed, 25 cases had part of the hypopharynx removed. Neck lymph node dissection 26 cases. Flap size ranges from an average of 20.6 * 7cm. All flaps healed well and did not require re-operation, there was only 1 case of partial flap necrosis and self-stabilization. There were 3 cases of throat fistula, 7 cases of fluid collection, infection and 3 cases requiring feeding through nasogastric tube. The average swallowing quality assessment is 93 points. **Conclusion:** Extended supraclavicular pedicled flap is a suitable choice for hypopharyngeal-esophageal reconstruction. **Keywords:** SCAIF - supraclavicular artery islands flap, hypopharynx reconstruction, Hypopharyngeal cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vật trên đòn là vật da cân vùng trên đòn - cánh tay đã được ứng dụng nhiều trong phẫu thuật tái tạo các khuyết hổng da, mô mềm sau điều trị ung thư hay vết thương sẹo bỏng vùng đầu cổ. Việc ứng dụng vật trên đòn trong tái tạo họng thực quản vẫn chưa được nghiên cứu nhiều do cân nhắc vấn đề theo dõi và nguy cơ hoại tử đầu xa vật cũng như tình chỉnh góc xoay của cuống vật. Mục tiêu nghiên cứu nhằm đánh giá hiệu quả việc sử dụng vật trên đòn trong tái tạo khuyết hổng họng thực quản sau phẫu thuật cắt hạ họng thanh quản để điều trị ung thư hạ họng giai đoạn III-IV.

Phẫu thuật điều trị ung thư hạ họng giai đoạn III-IV cho hiệu quả kiểm soát bệnh và sống còn trong tốt hơn điều trị bằng hóa xạ trị. Do ung thư hạ họng có tính chất đa ổ và ăn lan dưới niêm nên phẫu thuật trong ung thư hạ họng thường phải cắt rộng, khuyết hổng để lại lớn cần phải tái tạo. Hơn nữa những bệnh nhân ung thư hạ họng thường lớn tuổi, có bệnh nội khoa đi kèm nên việc tái tạo lại khuyết hổng là thách thức cho các phẫu thuật viên. Tái tạo họng thực quản bằng vật tự do được ưu tiên chọn lựa, tuy nhiên kỹ thuật đòi hỏi kỹ năng vi phẫu, thời gian phẫu thuật và hậu phẫu kéo dài, vì vậy vật có cuống vẫn được sử dụng nhiều trong tái tạo do dễ áp dụng và kỹ thuật không đòi hỏi cao. Qua

¹Bệnh viện Ung Bướu TpHCM

²Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Duy Hoàng

Email: phdhoang71@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.7.2025

Ngày duyệt bài: 25.8.2025