

gặp ở bệnh nhân đột quỵ trong ngày đầu cao 42,2%. Kiểm soát đường huyết trong 24 giờ đầu của bệnh khó khăn với tỷ lệ đạt mục tiêu là 15,3%, ở ngày thứ 3 của bệnh là 85%. Kiểm soát đường huyết đạt hiệu quả nhanh chóng khi kết hợp insulin và chế độ ăn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ovbiagele B., Nguyen-Huynh M.N. (2011)**, "Stroke Epidemiology: Advancing Our Understanding of Disease Mechanism and Therapy", *Neurotherapeutics*, 8(3), pp. 319-329.
2. **Powers W.J., Rabinstein A.A., Ackerson T. et al (2018)**, "2018 guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association", *stroke*, 49(3), pp. e46-e99.
3. **Thắng T.V. (2012)**, "Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ học đột quỵ não và hiệu quả bài tập phục

- hồi chức năng tại nhà ở Khánh Hòa", Luận Án Tiến Sĩ Y Học, Học Viện Quân Y, Hà Nội, pp.
4. **Aho K., Harmsen P., Hatano S. et al (1980)**, "Cerebrovascular disease in the community: results of a WHO collaborative study", *Bulletin of the World Health Organization*, 58(1), pp. 113.
 5. **Lindsberg P.J., Roine R.O. (2004)**, "Hyperglycemia in acute stroke", *Stroke*, 35(2), pp. 363-364.
 6. **Powers W.J., Rabinstein A.A., Ackerson T. et al (2019)**, "Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association", 50(12), pp. e344-e418.
 7. **Nguyễn Thành Vy (2010)**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng biến đổi glucose máu ở bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não trong tuần đầu, Luận văn thạc sĩ y học, học viện Quân Y.", pp.

KHẢO SÁT VIỆC SỬ DỤNG KHÁNG SINH DỰ PHÒNG TRONG PHẪU THUẬT CHẤN THƯƠNG CHÍNH HÌNH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TÂM ANH TP. HỒ CHÍ MINH

Huỳnh Bảo An¹, Trần Đăng Trình², Hoàng Trọng Tín², Nguyễn Quốc Hoà¹, Nguyễn Ngọc Khôi¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tình hình sử dụng kháng sinh dự phòng (KSDP) trong phẫu thuật và xác định các yếu tố liên quan đến sự tuân thủ hướng dẫn điều trị của việc sử dụng KSDP trên phẫu thuật chấn thương chỉnh hình tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh TP. Hồ Chí Minh. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, cắt ngang được tiến hành trên 260 hồ sơ bệnh án có chỉ định phẫu thuật chấn thương chỉnh hình tại Trung tâm chấn thương chỉnh hình của bệnh viện từ tháng 01/2022 đến tháng 03/2022. Sự tuân thủ hướng dẫn điều trị của việc sử dụng KSDP dựa trên hướng dẫn của Bộ Y tế Việt Nam (2015) và hướng dẫn của Bệnh viện Đa Khoa Tâm Anh TP. Hồ Chí Minh (2021). **Kết quả:** Tỷ lệ tuân thủ chung về việc sử dụng KSDP là 78,1%, trong đó liều lượng và đường dùng là hai tiêu chí có mức độ tuân thủ cao nhất (100%), thời gian sử dụng KSDP có tỷ lệ tuân thủ thấp nhất (88,2%). Phẫu thuật cấp cứu (OR = 0,12; 95% CI: 0,03 – 0,41) và phẫu thuật nội soi (OR = 0,30; 95% CI: 0,13 – 0,68) là các yếu tố liên quan đến việc không tuân thủ sử dụng KSDP. Sau phẫu thuật, 5,0% BN được chẩn đoán

nhiễm khuẩn, trong đó, tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ là 0,8%. **Kết luận:** Kết quả cho thấy sự cần thiết của việc tăng cường công tác quản lý sử dụng kháng sinh dự phòng trên các bệnh nhân phẫu thuật chấn thương chỉnh hình.

Từ khoá: Kháng sinh dự phòng, nhiễm khuẩn vết mổ, chấn thương chỉnh hình.

SUMMARY

ANTIBIOTIC PROPHYLAXIS IN ORTHOPEDIC TRAUMA SURGERY: A DESCRIPTIVE STUDY AT TAM ANH HO CHI MINH CITY GENERAL HOSPITAL

Objectives: This study was aimed to investigate antibiotic prophylaxis and factors associated with adherence to guidelines for surgical antibiotic prophylaxis at Orthopedic Trauma Centre – Tam Anh Ho Chi Minh city General Hospital. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 260 medical records of patients in orthopedic trauma surgery at Orthopedic Trauma Centre from January 2022 to March 2022. The adherence to antibiotic surgical prophylaxis was based on the guidelines issued by the Ministry of Health of Vietnam (2015) and Tam Anh Ho Chi Minh city General Hospital (2021). **Results:** The overall proportion of guideline adherence was 78.1%. The percentages of adherence to dosage and route recommendations were 100%, whereas that of adherence to prophylactic duration was 88.2%. Urgent surgery (OR = 0.15; 95% CI: 0.03 – 0.41) and endoscopic surgery (OR = 0.30; 95% CI:

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Khôi

Email: nnkhoi@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2023

Ngày duyệt bài: 6.3.2023

0.13 – 0.68) were associated with low proportion of guideline adherence. Postoperative infections occurred in 5.0% patients, in which surgical site infection accounted for 0.8%. **Conclusions:** Further research is warranted to improve surgical antibiotic prophylaxis in orthopedic trauma surgery.

Keywords: Antibiotics prophylaxis, surgical site infection, orthopedic trauma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đề kháng kháng sinh (KS) là một trong mối đe dọa sức khỏe cộng đồng toàn cầu mà nhân loại phải đối mặt [1]. Trong những nguyên nhân đưa đến tình trạng đề kháng KS nhanh như hiện nay là việc sử dụng KS không hợp lý trong phẫu thuật. Việc sử dụng kháng sinh dự phòng (KSDP) không hợp lý có thể làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ (NKVM), tăng chi phí điều trị, tăng nguy cơ gặp các tác dụng không mong muốn của thuốc và đặc biệt là tình trạng gia tăng đề kháng KS [2].

Phẫu thuật chấn thương chỉnh hình là một chuyên khoa lớn và ngày càng mở rộng do sự gia tăng tỷ lệ bệnh nhân (BN) mắc các bệnh về cơ xương khớp. Song song với sự gia tăng tỷ lệ BN cần phẫu thuật chấn thương chỉnh hình là sự gia tăng về mức độ sử dụng KSDP trong loại phẫu thuật này. Điều đó cho thấy sự cần thiết của các nghiên cứu đánh giá việc sử dụng KSDP trong phẫu thuật chấn thương chỉnh hình.

Trên cơ sở đó, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu khảo sát tình hình sử dụng KSDP, đồng thời xác định các yếu tố liên quan đến sự tuân thủ hướng dẫn điều trị của việc sử dụng KSDP trên BN phẫu thuật chấn thương chỉnh hình tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh thành phố Hồ Chí Minh (TP.HCM).

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả, hồi cứu trên hồ sơ bệnh án (HSBA) của BN.

Đối tượng nghiên cứu. HSBA tại Trung tâm chấn thương chỉnh hình Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh TP.HCM

- Tiêu chuẩn chọn mẫu: HSBA được chỉ định phẫu thuật từ tháng 01 – 03/2022.

- Tiêu chuẩn loại trừ: HSBA của BN dưới 18 tuổi, phẫu thuật nhiễm hoặc bẩn, bị suy giảm miễn dịch, có ổ nhiễm khuẩn hoặc sử dụng KS điều trị trước phẫu thuật, phụ nữ có thai hoặc cho con bú, xuất viện trong vòng 24 giờ sau phẫu thuật.

Phương pháp nghiên cứu. Thông tin của BN thỏa tiêu chuẩn lựa chọn của nghiên cứu được thu thập từ HSBA.

Các nội dung khảo sát chính bao gồm:

- Đặc điểm dân số nghiên cứu và đặc điểm phẫu thuật

- Đặc điểm sử dụng KSDP: Chỉ định KSDP, lựa chọn KSDP, thời điểm sử dụng KSDP, đường dùng, liều lượng, bổ sung liều, thời gian sử dụng KSDP, sự tuân thủ của việc sử dụng KSDP. Tiêu chí đánh giá sự tuân thủ của việc sử dụng KSDP (Bảng 1).

- Khảo sát các yếu tố ảnh hưởng đến sự tuân thủ hướng dẫn điều trị của việc sử dụng KSDP: xác định mối liên quan giữa các đặc điểm của BN (tuổi, giới tính, BMI, hút thuốc lá, đường huyết trước phẫu thuật, phân loại ASA, thời gian nằm viện trước phẫu thuật), đặc điểm phẫu thuật (phân loại vết mổ, hình thức phẫu thuật, phương pháp phẫu thuật, thời gian phẫu thuật) đến sự tuân thủ hướng dẫn điều trị của việc sử dụng KSDP (tuân thủ/không tuân thủ).

- Khảo sát tình trạng BN sau phẫu thuật: lâm sàng (tình trạng vết mổ, sốt > 38 °C), cận lâm sàng (chỉ số bạch cầu, CRP, PCT), chẩn đoán nhiễm khuẩn (NKVM, nhiễm khuẩn khác).

Bảng 1. Tiêu chí đánh giá sự tuân thủ của việc sử dụng KSDP [3,4]

Tiêu chí đánh giá	Định nghĩa sự tuân thủ
Chỉ định KSDP	Tuân thủ về chỉ định KSDP theo ít nhất một trong hai phác đồ hướng dẫn tham khảo*.
Lựa chọn KSDP	Tuân thủ về lựa chọn KSDP theo ít nhất một trong hai phác đồ hướng dẫn tham khảo*.
Thời điểm sử dụng KSDP	Trong vòng 60 phút tính từ lúc rạch da với hầu hết các KS. Đối với fluoroquinolon và vancomycin: truyền 2 giờ trước rạch da.
Liều lượng	Tuân thủ về liều dùng theo ít nhất một trong hai phác đồ hướng dẫn tham khảo*.
Đường dùng	Tuân thủ về đường dùng theo ít nhất một trong hai phác đồ hướng dẫn tham khảo*.
Bổ sung liều	Bao gồm 2 trường hợp: - Thời gian phẫu thuật (tính từ thời điểm sử dụng liều KSDP trước đó) vượt quá thời gian khuyến cáo bổ sung liều của KS và được xác định dựa trên một trong hai phác đồ hướng dẫn*. - Mất máu quá nhiều: trên 1500 mL ở người lớn và trên 25 mL/kg ở trẻ em.
Thời gian sử dụng KSDP	- Thông thường chỉ dùng 1 liều duy nhất. - Lặp lại liều KS (trong vòng 24 giờ) trong các trường hợp nguy cơ nhiễm khuẩn cao như phẫu thuật kéo dài > 4

	giờ, phẫu thuật mất máu nhiều (> 1500 mL), phẫu thuật ở BN béo phì, người bệnh đái tháo đường (ĐTĐ), người bệnh suy dinh dưỡng.
Tuân thủ chung	Tuân thủ về chỉ định, lựa chọn, thời điểm sử dụng, liều lượng, đường dùng, bổ sung liều và thời gian sử dụng KSDP.
Chú thích bảng: *Hướng dẫn sử dụng KS của Bộ Y tế (2015) [4] và Hướng dẫn sử dụng KSDP của Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh TP.HCM (2021) [3].	

Phân tích thống kê. Dữ liệu thu thập được xử lý thống kê với phần mềm R 4.1.2. Các biến định danh được trình bày bằng tần số và tỷ lệ (%). Các biến định lượng liên tục được trình bày dưới dạng số trung bình \pm độ lệch chuẩn hoặc số trung vị và tứ phân vị 1 – 3 (IQR1 – IQR3). Sử dụng phép kiểm chi bình phương, Fisher's exact test, t-test hoặc Wilcoxon-Mann-Whitney để so

sánh kết giữa hai nhóm. Phân tích hồi quy logistic đa biến để xác định các yếu tố có khả năng liên quan đến sự tuân thủ hướng dẫn điều trị trong sử dụng KSDP. Mô hình tiên lượng tối ưu nhất được xác định bằng kỹ thuật Bayesian Model Averaging. Mọi sự khác biệt được xem là có ý nghĩa thống kê khi giá trị $p < 0,05$.

Y đức. Nghiên cứu được hội đồng y đức tại bệnh viện chấp thuận theo quyết định số 74/2022/QĐ-TAHCM. Mọi thông tin của đối tượng nghiên cứu đều được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian khảo sát, có 260 BN thỏa tiêu chuẩn lựa chọn và được đưa vào nghiên cứu.

3.1. Đặc điểm bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật.

Bảng 2. Đặc điểm BN được chỉ định phẫu thuật trong mẫu nghiên cứu*

Đặc điểm		Kết quả	
Tuổi (n = 260)	Nhóm tuổi	58,5 (45,0 – 67,0)	
		< 60 tuổi	138 (53,1)
		≥ 60 tuổi	122 (46,9)
Giới tính (n = 260)		Nam	129 (49,6)
		Nữ	131 (50,4)
BMI (kg/m ²) (n = 260)		BMI < 18,5	6 (2,3)
		$18,5 \leq \text{BMI} < 23$	92 (35,4)
		$23 \leq \text{BMI} < 25$	60 (30,1)
		BMI ≥ 25	102 (39,2)
Hút thuốc lá (n = 239)		Có	37 (15,5)
		Không	202 (84,5)
Đường huyết trước phẫu thuật (mmol/L) (n = 251)		5,3 (4,9 – 6,3)	
Bệnh kèm (n = 260)	Loại bệnh	Số bệnh	2 (1 – 4)
		Tăng huyết áp	101 (38,8)
		ĐTĐ	49 (18,8)
		Loãng xương	29 (11,2)
		Giãn tĩnh mạch chi dưới	20 (7,7)
		Bệnh tim mạch khác**	22 (8,5)
Phân loại ASA (n = 259)		Bệnh gan	13 (5,0)
		1	40 (15,4)
		2	188 (72,6)
		3	31 (12,0)
Tổng thời gian nằm viện (n = 260)		5 (3 – 7)	
Thời gian nằm viện trước phẫu thuật (n = 260)		1 (1 – 1)	
Thời gian nằm viện sau phẫu thuật (n = 260)		4 (2 – 6)	
Phân loại vết mổ (n = 260)		Sạch	259 (99,6)
		Sạch – nhiễm	1 (0,4)
Phương pháp phẫu thuật (n = 260)		Mở	231 (88,8)
		Nội soi	29 (11,2)
Hình thức phẫu thuật (n = 260)		Cấp cứu	249 (95,8)
		Chương trình	11 (4,2)
Thời gian phẫu thuật (n = 260)		60 (50 – 90)	

Chú thích bảng: *Cách trình bày số liệu:
 - Biến liên tục phân phối không chuẩn: trung vị (IQR1 – IQR3) - Biến định tính: tần số (tỷ lệ %)
 **Suy tim, hở van tim, rung nhĩ

3.2. Đặc điểm sử dụng kháng sinh dự phòng

Bảng 3. Đặc điểm sử dụng KSDP trong mẫu nghiên cứu (n=260)

Tiêu chí		Tần số	Tỷ lệ (%)
Chỉ định KSDP		Có	260
		Không	0
Lựa chọn KSDP		Cefazolin	259
		Clindamycin	1
			0,4
Thời điểm sử dụng KSDP	Trước rạch da	120 – 61 phút	9
		60 – 31 phút	97
		30 – 1 phút	152
	Tại thời điểm rạch da		0
	Sau rạch da		2
Đường dùng		Đường tiêm	260
Liều lượng		Đúng liều khuyến cáo	260
		Không đúng liều khuyến cáo	0
Bổ sung liều	Thời gian phẫu thuật ngắn hơn thời gian cần dùng liều bổ sung	Có	0
		Không	256
	Thời gian phẫu thuật dài hơn thời gian cần dùng liều bổ sung	Có	1
		Không	3
Thời gian sử dụng KSDP		Không sử dụng KSDP sau phẫu thuật	229
		Trong vòng 24 giờ sau phẫu thuật	8
		Kéo dài hơn 24 giờ sau phẫu thuật	23

Bảng 4. Sự tuân thủ của việc sử dụng KSDP

Tiêu chí đánh giá	Tuân thủ n (%)	Không tuân thủ n (%)	Tổng n
Chỉ định KSDP	238 (91,5)	22 (8,5)	260
Lựa chọn KSDP	237 (99,6)	1 (0,4)	238
Thời điểm sử dụng KSDP	229 (96,2)	9 (3,8)	238
Đường dùng	237 (100)	0 (0)	237
Liều lượng	237 (100)	0 (0)	237
Bổ sung liều	235 (98,7)	3 (1,3)	238
Thời gian sử dụng KSDP	210 (88,2)	28 (11,8)	238
Tuân thủ chung	203 (78,1)	57 (21,9)	260

3.3. Các yếu tố liên quan đến sự tuân thủ hướng dẫn điều trị của việc sử dụng kháng sinh dự phòng. Trong 11 yếu tố dự đoán, có 2 yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê đến sự tuân thủ của việc sử dụng KSDP là phương pháp phẫu thuật cấp cứu (OR = 0,30;

95% CI: 0,13 – 0,68) và hình thức phẫu thuật nội soi (OR = 0,12; 95% CI: 0,03 – 0,41).

3.4. Tình trạng bệnh nhân sau phẫu thuật. Kết quả so sánh sự tuân thủ của việc sử dụng KSDP giữa các nhóm BN dựa trên tình trạng lâm sàng sau phẫu thuật bằng các phép kiểm thống kê được trình bày ở Bảng 5.

Bảng 5. So sánh tình trạng sau phẫu thuật giữa nhóm tuân thủ và không tuân thủ hướng dẫn sử dụng KSDP*

Đặc điểm			Tuân thủ (n = 203)	Không tuân thủ (n = 57)	Giá trị p
Lâm sàng	Vết mổ sưng, nóng, đỏ, đau hoặc thấm dịch (n = 260)	Có	6 (3,0)	1 (1,8)	1,000
		Không	197 (97,0)	56 (98,2)	
	Sốt > 38°C (n = 260)	Có	7 (3,5)	1 (1,8)	1,000
		Không	196 (96,6)	56 (98,2)	
Cận lâm	Bạch cầu > 12.000/mm ³ hoặc <	Có	1 (1,0)	8 (21,6)	<

sàng	4.000/mm ³ (n = 141)	Không	103 (99,0)	29 (78,4)	0,001
	CRP > 5mg/dL (n = 74)	Có	14 (23,0)	5 (38,5)	0,298
		Không	47 (77,0)	8 (61,5)	
Chẩn đoán nhiễm khuẩn	NKVM (n = 260)	Có	2 (1,0)	0 (0)	1,000
		Không	201 (99,0)	57 (100)	
	Nhiễm khuẩn khác (n = 260)	Có	9 (4,4)	2 (3,5)	1,000
Không		194 (95,6)	55 (96,5)		

Chú thích bảng: *Cách trình bày số liệu:
- Biểu định tính: tần số (%)

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm của bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật. Nghiên cứu ghi nhận gần 50% BN có độ tuổi từ 60 trở lên, tỷ lệ nam và nữ tương đồng và BN có BMI \geq 25 kg/m² chiếm tỷ lệ 39,2%. Tỷ lệ BN có hút thuốc lá trong nghiên cứu là 15,5%, cao hơn so với nghiên cứu của Nagata (2022) (10,8%) [5]. Có 66,9% BN trong mẫu nghiên cứu có ít nhất 1 bệnh mắc kèm, trong đó tỷ lệ BN ĐTD là 18,8%. Bệnh lý ĐTD được báo cáo làm tăng tỷ lệ NKVM. Tỷ lệ BN có phân loại ASA \geq 3 trong mẫu nghiên cứu là 12,0%. Trong mẫu nghiên cứu, chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào có phân loại ASA từ 4 trở lên. Thời gian nằm viện dài làm tăng nguy cơ NKVM và tăng thời gian sử dụng KSDP [6]. Tỷ lệ số BN nằm viện trong khoảng từ 4 – 11 ngày trong nghiên cứu của chúng tôi là 70,8%, cao hơn báo cáo trước đây (49,1%) [7].

Trong 260 BN, chỉ có 1 BN được phân loại vết mổ sạch – nhiễm (0,4%), còn lại được phân loại vết mổ sạch (99,6%). Tỷ lệ BN phẫu thuật mở (88,8%) cao gấp 9 lần BN phẫu thuật nội soi. Kết quả khảo sát của chúng tôi cho thấy phẫu thuật tại Trung tâm chấn thương chỉnh hình chủ yếu được tiến hành trong thời gian ngắn, chỉ có 5 BN (1,9%) có thời gian phẫu thuật kéo dài trên 3 giờ (dao động từ 190 – 264 phút).

Khảo sát việc sử dụng kháng sinh dự phòng. Trong nghiên cứu 100% BN được chỉ định KSDP với tỷ lệ tuân thủ chỉ định KSDP là 91,5%. Tất cả các trường hợp không tuân thủ đều vì lý do sử dụng KSDP trong trường hợp không khuyến cáo.

Tỷ lệ BN được lựa chọn KSDP phù hợp với khuyến cáo là 99,6%. Cefazolin là KS được sử dụng dự phòng phổ biến nhất trong nghiên cứu và phù hợp với các khuyến cáo. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Nagata (2022) với tỷ lệ sử dụng cefazolin lên đến 99% [5].

Hầu hết BN trong nghiên cứu (96,2%) được sử dụng KS trong vòng 60 phút trước rạch da.

Tất cả KSDP đều được sử dụng với liều tiêu

chuẩn của KSDP và không thay đổi trong giai đoạn trước hay sau phẫu thuật. Tỷ lệ tuân thủ về liều KSDP trong nghiên cứu là 100%. Nhiều nghiên cứu về KSDP trong phẫu thuật chấn thương chỉnh hình đã chỉ ra rằng liều dùng KSDP thường đạt mức độ tuân thủ rất cao, dao động 99,8 – 100% [5,8].

Có 4 trường hợp BN có thời gian phẫu thuật vượt quá thời gian khuyến cáo bổ sung liều của cefazolin (4 giờ). Tuy nhiên, thực tế chỉ có 1 trường hợp được bổ sung liều cefazolin trong phẫu thuật.

Có 8,8% BN không được dùng KS trong vòng 24 giờ sau phẫu thuật; thời gian sử dụng KSDP là tiêu chí có tỷ lệ tuân thủ thấp nhất. Điều này cho thấy thời gian sử dụng KSDP nên được kiểm soát chặt chẽ trong phẫu thuật chấn thương chỉnh hình.

Tỷ lệ tuân thủ chung của nghiên cứu là 78,1%. Khi so sánh với nghiên cứu về việc sử dụng KSDP trong phẫu thuật chấn thương chỉnh hình khác, nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ tuân thủ chung thấp hơn nghiên cứu của Thomas (2022) (86,3%) [8].

Sau khi phân tích các yếu tố ảnh hưởng, phương pháp phẫu thuật cấp cứu và hình thức phẫu thuật nội soi có liên quan đến việc kém tuân thủ hướng dẫn điều trị của việc sử dụng KSDP. Loại phương pháp và hình thức phẫu thuật này có thể là đối tượng can thiệp tiềm năng cho chương trình quản lý sử dụng KS tại bệnh viện.

Khảo sát tình trạng bệnh nhân sau phẫu thuật. Sau phẫu thuật, có 7 BN biểu hiện sưng, nóng, đỏ, đau hoặc thấm dịch tại vết mổ. Tuy nhiên, chỉ có 2 BN trên được chẩn đoán NKVM. Khi so sánh giữa hai nhóm BN dựa trên sự tuân thủ hướng dẫn điều trị của việc sử dụng KSDP, có sự khác nhau về các chỉ số cận lâm sàng giữa hai nhóm BN, đặc biệt là số lượng bạch cầu ($p < 0,001$). Tỷ lệ BN có chỉ số bạch cầu bất thường sau phẫu thuật ở nhóm sử dụng KSDP không tuân thủ cao gấp 21 lần so với nhóm tuân thủ hướng dẫn sử dụng KSDP. Điều

này góp phần chứng minh hiệu quả cải thiện tình trạng BN sau phẫu thuật của KSDP khi tuân thủ hướng dẫn điều trị. Tỷ lệ BN được chẩn đoán nhiễm khuẩn hậu phẫu trong mẫu nghiên cứu là 5,0%, thấp hơn nghiên cứu của Nagata (2022) (5,5%) [5]. Trong đó, tỷ lệ NKVM trong nghiên cứu của chúng tôi (0,8%) thấp hơn nghiên cứu của tác giả Nagata (2022) (2,8%)[5]. Do đó, để mang lại hiệu quả điều trị tốt nhất cho BN sau phẫu thuật, bên cạnh việc giám sát NKVM, chăm sóc hậu phẫu đóng một vai trò quan trọng.

V. KẾT LUẬN

Cefazolin được sử dụng là KSDP trong 99,6% trường hợp. BN được tuân thủ sử dụng KSDP trên tất cả tiêu chí chiếm 78,1%. Tỷ lệ NKVM là 0,8%. Việc tuân thủ các hướng dẫn sử dụng KSDP cần được chú ý hơn nhằm tối ưu hóa hiệu quả của việc sử dụng KSDP đồng thời hạn chế đề kháng KS, tiết kiệm chi phí cho BN.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO. Antimicrobial resistance. 2021. Accessed 10/7/2022. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/antimicrobial-resistance>
2. Enzler MJ, Berbari E, Osmon DR. Antimicrobial prophylaxis in adults. Mayo Clinic proceedings.

- 2011;86(7):686-701. doi:10.4065/mcp.2011.0012
3. Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh TP. HCM. Quy định sử dụng kháng sinh dự phòng. 2021.
4. Bộ Y tế. Hướng dẫn sử dụng kháng sinh. NXB Y học Hà Nội; 2015.
5. Nagata K, Yamada K, Shinozaki T, et al. Effect of Antimicrobial Prophylaxis Duration on Health Care-Associated Infections After Clean Orthopedic Surgery: A Cluster Randomized Trial. JAMA network open. 2022;5(4):e226095. doi:10.1001/jamanetworkopen.2022.6095
6. Bratzler DW, Dellinger EP, Olsen KM, et al. Clinical practice guidelines for antimicrobial prophylaxis in surgery. American journal of health-system pharmacy: AJHP: official journal of the American Society of Health-System Pharmacists. 2013;70(3):195-283. doi:10.2146/ajhp120568
7. Buchanan IA, Donoho DA, Patel A, et al. Predictors of Surgical Site Infection After Nonemergent Craniotomy: A Nationwide Readmission Database Analysis. World neurosurgery. 2018;120:e440-e452. doi:10.1016/j.wneu.2018.08.102
8. Thomas AP, Kumar M, Johnson R, More SP, Panda BK. Evaluation of antibiotic consumption and compliance to hospital antibiotic policy in the surgery, orthopedics and gynecology wards of a tertiary care hospital. Clinical Epidemiology and Global Health. 2022;13:1-5. doi:100944

NGHIÊN CỨU TÌNH TRẠNG NHIỄM EBV Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ DẠ DÀY TẠI VIỆT NAM

Phạm Hồng Khánh¹, Dương Quang Huy¹, Nguyễn Quang Duật¹,
Trần Thị Huyền Trang², Vũ Văn Khiên²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Việt Nam là nước có tỷ lệ lưu hành EBV cao, tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào về tình trạng nhiễm EBV ở bệnh nhân UTDD. Nghiên cứu này nhằm mục tiêu xác định tình trạng nhiễm EBV và đặc điểm UTDD có EBV dương tính. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang trên 179 bệnh nhân: UTDD (n = 89) và viêm dạ dày mạn (n = 90) được chẩn đoán bằng mô bệnh học. Tình trạng nhiễm EBV được xác định bằng kỹ thuật realtime-PCR. **Kết quả:** Tỷ lệ nhiễm EBV nhóm nghiên cứu là 133/179 bệnh nhân (74,3%), trong đó nhóm UTDD cao hơn nhóm VDDM (80,9% so với 67,8%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,05). UTDD có tỷ lệ nhiễm EBV

cao nhất ở nhóm tuổi trẻ (dưới 45), vị trí khối u hay gặp ở tâm vị và thân vị (100% và 92,9%, tương ứng). **Kết luận:** Nhiễm EBV có thể là "nguy cơ" UTDD tại Việt nam. UTDD có EBV dương tính gặp nhiều ở bệnh nhân trẻ tuổi và vị trí khối u ở phần trên của dạ dày.

Từ khóa: EBV, ung thư dạ dày, viêm dạ dày mạn

SUMMARY

INVESTIGATE THE STATUS OF EBV INFECTION IN GASTRIC CANCER PATIENTS IN VIET NAM

Background: Along with H. pylori, EBV is emerging as a risk factor for gastric cancer. Vietnam is a country with a high prevalence of EBV, but there are no studies on EBV infection in gastric cancer patients. This study aims to determine the status of EBV infection and the characteristics of EBV-positive gastric cancer. **Subjects and methods:** Cross-sectional study of 179 patients: gastric cancer (n = 89) and chronic gastritis (n = 90) with diagnosed by histopathology. EBV infection was determined by realtime-PCR. **Results:** The rate of EBV infection of this population was 133/179 (74.3%), of which the

¹Bệnh viện Quân y 103 - Học viện Quân Y

²Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hồng Khánh

Email: phamhongkhanh82@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.2.2023

Ngày duyệt bài: 7.3.2023