

Trong nghiên cứu này, *S. aureus* còn nhạy cảm với amikacin, gentamycin, vancomycin, meropenem, ít nhạy cảm với các cephalosporin (thế hệ 2, 3) và đã kháng với penicillin và oxacillin.

- *S. epidermidis*: là tác nhân thường gặp thứ hai gây NKH ở trẻ em, còn nhạy với các kháng sinh thông thường: amoxicillin, amikacin, gentamycin, vancomycin, meropenem và cả các cephalosporin thế hệ 2 và 3, giảm nhạy với chloramphenicol, ciprofloxacin và oxacilin.

- *P. aeruginosa*: là tác nhân vi khuẩn Gram âm hay gặp nhất gây NKH ở trẻ em, còn nhạy cảm với amikacin, gentamycin, meropenem, vancomycin và ciprofloxacin.

- *K. pneumoniae* chỉ còn cho thấy nhạy cảm với một tỷ lệ tương đối cao đối với một số ít loại kháng sinh như ciprofloxacin và chloramphenicol, trong khi đã đề kháng tương đối với các kháng sinh như vancomycin, levofloxacin và amikacin và đề kháng mạnh với các kháng sinh như meropenem, gentamycin, cefuroxim và ceftazidime.

Kết quả điều trị NKH ở trẻ em:

- Thời gian điều trị nội trú trung bình của NKH ở trẻ em là $9,39 \pm 6,19$ ngày.
- Tỷ lệ tử vong do NKH là 4,0%. Tỷ lệ nặng

chuyển tuyến là 23,4%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Gyawali, B., K. Ramakrishna, and A.S. Dhamoon, Sepsis:** The evolution in definition, pathophysiology, and management. SAGE Open Medicine, 2019. 7: p. 2050312119835043.
2. **Martin, G.S., et al.,** The epidemiology of sepsis in the United States from 1979 through 2000. N Engl J Med, 2003. 348(16): p. 1546-54.
3. **Lee, J.Y.H., et al.,** Global spread of three multidrug-resistant lineages of *Staphylococcus epidermidis*. Nature Microbiology, 2018. 3(10): p. 1175-1185.
4. **Bùi Thị Vân Nga,** Nghiên cứu đặc điểm các tác nhân gây nhiễm khuẩn huyết tại Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương năm 2015. Tạp chí Y học Việt Nam, 2016. 446: p. 289-296.
5. **Hamer, D.H., et al.,** Etiology of bacteremia in young infants in six countries. Pediatr Infect Dis J, 2015. 34(1): p. e1-8.
6. **El Solh, A.A. and A. Alhajhusain,** Update on the treatment of *Pseudomonas aeruginosa* pneumonia. Journal of Antimicrobial Chemotherapy, 2009. 64(2): p. 229-238.
7. **Qiu, Y., et al.,** Invasive *Klebsiella pneumoniae* Infections in Community-Settings and Healthcare Settings. 2021. 14: p. 2647-2656.
8. **Laupland, K.B., et al.,** Population-based laboratory assessment of the burden of community-onset bloodstream infection in Victoria, Canada. Epidemiol Infect, 2013. 141(1): p. 174-80.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN NHIỄM KHUẨN VẾT MỔ NÔNG THÀNH BỤNG TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân nhiễm khuẩn vết mổ nông thành bụng. **Phương pháp:** Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả tiến cứu. **Kết quả:** Đặc điểm chung của cả hai nhóm bệnh nhân có nhiễm khuẩn vết mổ là tỷ lệ thừa cân, béo phì chiếm khoảng 70% và chỉ số BMI trung bình trên 23. Thời gian trung bình xuất hiện nhiễm khuẩn vết mổ nông thành bụng $12,6 \pm 6,2$ ngày. Triệu chứng lâm sàng hay gặp là sưng, đau tại vết mổ, chảy dịch và toác vết mổ. Kết quả nuôi cấy vi khuẩn dương tính chiếm tỷ lệ 29,3%, vi khuẩn gây bệnh hay gặp tụ cầu vàng. **Kết luận:** nhiễm khuẩn vết mổ thường gặp ở bệnh nhân béo phì, thừa cân. Triệu chứng lâm sàng hay gặp là sưng, đau tại vết

Nguyễn Quảng Bắc¹, Trần Thị Thu Hạnh²

mổ, chảy dịch và toác vết mổ, vi khuẩn gây bệnh hay gặp tụ cầu vàng.

Từ khóa: Nhiễm khuẩn vết mổ, plasma lạnh, Chỉ số khối cơ thể (BMI).

SUMMARY

CLINICAL AND PARA-CLINICAL CHARACTERISTICS OF ABDOMINAL WOUND INFECTION IN NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Objective: Research on clinical and paraclinical characteristics of superficial postoperative abdominal wound infection. **Methods:** This is a prospective observational study. **Results:** The common characteristics of both groups of patients with superficial postoperative abdominal wound infection are the prevalence of overweight and obesity accounted for about 70% and the average BMI over 23. The average time of occurrence of superficial wound infection was $12,6 \pm 6.2$ days. Common clinical symptoms are swelling, pain at the incision, drainage and incision. Bacterial culture results were positive, accounting for 29.3%, pathogenic bacteria often encountered *Staphylococcus aureus*. **Conclusion:**

¹Bệnh viện Phụ sản Trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quảng Bắc

Email: drbacvpstw@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.3.2023

Ngày duyệt bài: 27.3.2023

Surgical site infection is common in obese and overweight patients. Common clinical symptoms are swelling, pain at the incision site, drainage and incision, bacteria that cause the disease, Staphylococcus aureus is common.

Keywords: abdominal wound infection, medical plasma, Body mass index (BMI).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn vết mổ là một biến chứng thường gặp sau mổ tại các bệnh viện. Tỷ lệ nhiễm khuẩn, toác thành bụng sau mổ lấy thai ngày càng tăng do tỷ lệ mổ tăng. Có rất nhiều yếu tố liên quan đến nhiễm khuẩn vết mổ thành bụng sau mổ sản phụ khoa bao gồm: béo phì, có tăng độ dày lớp mỡ dưới da, tăng huyết áp, tiền sản giật, đái tháo đường, các bệnh lý toàn thân trước phẫu thuật, nhiễm trùng trước phẫu thuật ở bộ phận khác, thời gian mổ kéo dài, không có kháng sinh dự phòng trước phẫu thuật, mất máu trong quá trình phẫu thuật hay sự phát triển của khối máu tụ dưới da¹. Nhiễm khuẩn vết mổ (NKVM) do nhiều nguồn gốc khác nhau: có thể từ các vi khuẩn cư trú trên da bệnh nhân, từ môi trường chung quanh, từ các dụng cụ y tế, từ môi trường bệnh viện². Xuất phát từ thực tiễn đó, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài: "*Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân nhiễm khuẩn vết mổ nông thành bụng tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương*"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm khuẩn vết mổ nông thành bụng (theo tiêu chuẩn của CDC):

*** Nhiễm khuẩn vết mổ nông:**

+ Nhiễm khuẩn xảy ra trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật.

+ Và chỉ xuất hiện ở vùng da hay vùng dưới da tại đường mổ.

+ Và có ít nhất một trong các triệu chứng sau:

- Chảy mủ từ vết mổ nông.

- Phân lập vi khuẩn từ cấy dịch hay mô được lấy vô trùng từ vết mổ.

- Có ít nhất một trong những dấu hiệu hay triệu chứng sau: đau, sưng, nóng, đỏ và cần mở bụng vết mổ trừ khi cấy dịch vết mổ âm tính.

- Bác sĩ chẩn đoán nhiễm khuẩn vết mổ nông.

Bảng 3.1. Chỉ số khối cơ thể (BMI) của đối tượng nghiên cứu theo WHO đối với người châu Á

Chỉ số khối cơ thể BMI	Không chiếu Plasma		Chiếu Plasma		Tổng	Tỷ lệ %
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %		
< 18,5	0	0,0	2	5,5	2	2,6
18,5 ≤ BMI ≤ 22,99	9	22,0	9	24,3	18	23,1

- Bệnh nhân đang điều trị NKVM tại khoa Sản nhiễm khuẩn Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

- Thời gian từ khi phẫu thuật đến khi xuất hiện nhiễm khuẩn vết mổ trong vòng 30 ngày.

- Bệnh nhân được cung cấp bảng thông tin nghiên cứu, đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu và ký tên vào bảng tự nguyện tham gia nghiên cứu.

*** Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Bệnh nhân bị nhiễm HIV/AIDS, mắc lao, giang mai.

- Bệnh nhân có nhiễm trùng toàn thân

- Bệnh nhân mắc đái tháo đường

- Các chống chỉ định chiếu tia Plasmamed:

- + Bệnh nhân đặt máy tạo nhịp tim hoặc máy khử rung tim

- + Bệnh nhân đang có dấu hiệu sốc, suy hô hấp, trụy tim mạch ...

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Phương pháp nghiên cứu can thiệp tiến cứu có so sánh

2.3. Cỡ mẫu: Công thức tính cỡ mẫu:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 [P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)]}{d^2}$$

- Z_{1-α/2} Hệ số tin cậy (1,96)

- P₁ là tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ trong nhóm chứng (p = 0,14)

- P₂ là tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ trong nhóm bệnh (p = 0,12)

- d là độ chính xác tuyệt đối (d = 0,25)

→ Cỡ mẫu = 35

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 14 tháng nghiên cứu từ tháng 06/2017 đến tháng 07/2018 tại khoa Sản Nhiễm khuẩn Bệnh viện Phụ sản Trung ương có 89 trường hợp nhiễm khuẩn thành bụng trong đó có 78 trường hợp nhiễm khuẩn thành bụng nông chiếm 87,6%, và 11 trường hợp nhiễm khuẩn thành bụng sâu và cơ quan/khoang cơ thể (12,4%). Trong 78 trường hợp nhiễm khuẩn vết mổ nông có 9 trường hợp phẫu thuật phụ khoa chiếm tỷ lệ 11,5%, 69 trường hợp phẫu thuật lấy thai chiếm tỷ lệ 88,5%. Theo dõi điều trị tại khoa sản nhiễm khuẩn có 2 nhóm gồm 41 bệnh nhân không chiếu plasma và 37 bệnh nhân chiếu plasma.

3.1. Đặc điểm BMI:

23 ≤ BMI ≤ 24,99	21	51,2	17	45,9	38	48,7
BMI ≥ 25	11	26,8	9	24,3	20	25,6
Tổng số	41	100,0	37	100	78	100,0
BMI trung bình	23,6 ± 1,8		23,3 ± 2,3		23,4 ± 2,1	

Nhận xét: Đặc điểm chung của cả hai nhóm bệnh nhân có NKVM là tỷ lệ thừa cân, béo phì chiếm khoảng 70% và chỉ số BMI trung bình trên 23.

3.2. Thời gian xuất hiện nhiễm khuẩn vết mổ

Bảng 3.2. Thời gian xuất hiện NKVM của đối tượng nghiên cứu

Số ngày xuất hiện NKVM	Không chiếu Plasma		Chiếu Plasma		Tổng	Tỷ lệ %
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %		
≤ 7	7	17,1	11	29,7	18	23,1
8 → 14	19	46,3	15	40,5	34	43,6
15 → 21	8	19,5	9	24,4	17	21,8
22 → 30	7	17,1	2	5,4	9	11,5
Tổng số	41	100,0	37	100,0	78	100,0
Trung bình	13,6 ± 6,7		11,6 ± 5,4		12,6 ± 6,2	

Nhận xét: Đa số thời gian xuất hiện NKVM đều sau phẫu thuật 7 ngày, thời gian xuất hiện nhiễm khuẩn của bệnh nhân NKVM nông thành bụng trung bình 12,6 ± 6,2 ngày.

3.3. Triệu chứng lâm sàng

Bảng 3.3. Triệu chứng lâm sàng chung

Triệu chứng lâm sàng	N	Tỷ lệ %
Sốt/N	17	21,7
Sưng, đau vết mổ/N	78	100,0
Chảy dịch vết mổ/N	75	96,1
Toác vết mổ/N	75	96,1

Nhận xét: Có khoảng 21,7% bệnh nhân có biểu hiện toàn thân là sốt, triệu chứng chủ yếu của NKVM là biểu hiện nhiễm khuẩn tại vết mổ gồm sưng, nề, chảy dịch và toác vết mổ.

3.4. Siêu âm dịch dưới vết mổ

Bảng 3.4. Dịch dưới vết mổ trên siêu âm

Dịch dưới vết mổ	N	Tỷ lệ %
Có	69	88,5
Không	9	11,5
Tổng số	78	100,0

Nhận xét: - Tỷ lệ bệnh nhân khi siêu âm thấy dịch dưới vết mổ chiếm tỷ lệ 88,5%

- Có 9 bệnh nhân siêu âm không thấy dịch dưới vết mổ chiếm tỷ lệ 11,5%

3.5. Kết quả xét nghiệm vi khuẩn

- Trong số 78 bệnh nhân NKVM nông thành bụng có 75 bệnh nhân được nuôi cấy dịch vết mổ chiếm tỷ lệ 96,2%. Có 3 bệnh nhân không nuôi cấy dịch vết mổ chiếm tỷ lệ 3,8%.

- Trong số 75 bệnh nhân nuôi cấy có 22 bệnh nhân có kết quả dương tính chiếm tỷ lệ 29,3%, 53 bệnh nhân có kết quả âm tính chiếm tỷ lệ 70,7%. Đối với 22 bệnh nhân có kết quả dương tính khi nuôi cấy dịch vết mổ, tỷ lệ nhiễm tụ cầu vàng (*S.aureus*) là cao nhất chiếm 50%, tiếp đến tụ cầu trắng (*S. epidemidis*) 27,3% và *E.coli* chiếm tỷ lệ 22,7%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Chỉ số khối cơ thể. Theo bảng 3.1 kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ bệnh nhân thừa cân và béo phì có 58 bệnh nhân chiếm tỷ lệ cao nhất 74,3%, những bệnh nhân có mức BMI bình thường có 18 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 23,1% và 2 bệnh nhân có mức BMI nhẹ cân chiếm 2,6%. Kết quả của chúng tôi khác kết quả nghiên cứu của Phạm Văn Tân (2016)³, nghiên cứu nhiễm khuẩn vết mổ các phẫu thuật tiêu hóa tại khoa ngoại bệnh viện Bạch Mai năm 2011 – 2013 tỷ lệ bệnh nhân có mức BMI bình thường chiếm 77,6%, BMI thừa cân béo phì chiếm 18,1%. Sở dĩ có sự khác biệt này vì các đối tượng nghiên cứu của Phạm Văn Tân là những bệnh nhân mắc các bệnh lý mãn tính, hoặc cấp tính, hầu hết là các bệnh nhân có tình trạng nhiễm trùng nặng toàn thân nên cân nặng của bệnh nhân đã giảm nhiều so với lúc bình thường do đó tỷ lệ BMI bình thường chiếm tỷ lệ cao nhất. Còn trong nghiên cứu của chúng tôi các đối tượng nghiên cứu chủ yếu là các bệnh nhân mổ đẻ, những bệnh nhân này thường có cân nặng tăng nhanh trong thai kỳ, sau sinh cân nặng chưa trở về bình thường như lúc trước sinh nên tỷ lệ BMI ở mức thừa cân béo phì chiếm tỷ lệ cao nhất. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Thảo (2016)⁴, những bệnh nhân có chỉ số BMI ở mức thừa cân béo phì chiếm tỷ lệ 79,1%, những bệnh nhân có BMI bình thường chiếm tỷ lệ 17,7%, không có bệnh nhân nào ở nhóm nhẹ cân khác với kết quả của nghiên cứu của chúng tôi bởi vì: trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Thảo các đối tượng nghiên cứu là các bệnh nhân mổ lấy thai, trong khi đó đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là các bệnh nhân mổ lấy thai và các bệnh nhân mổ phụ khoa. Điều này lý giải tại

sao trong nghiên cứu của chúng tôi có 2 bệnh nhân ở mức nhẹ cân chiếm tỷ lệ 2,6%.

Những bệnh nhân có BMI ở mức thừa cân trở lên dễ bị nhiễm khuẩn vết mổ hơn so với những bệnh nhân có BMI bình thường, do những bệnh nhân này có thành bụng dày, tầng lớp mỡ dưới da vì vậy có ít mạch máu đến khu vực này, đồng thời nồng độ kháng sinh đến các mô mỡ này cũng giảm do đó dễ tạo điều kiện thuận lợi nhiễm khuẩn. Để nhằm giảm tỷ lệ NKVM ở những bệnh nhân thừa cân béo phì nghiên cứu của Chelmow và Rodriguez (2004)⁵ khuyến cáo đóng lớp mỡ dưới da trong quá trình mổ lấy thai làm giảm 34% NKVM ở những bệnh nhân có lớp mỡ dưới da dày > 2cm.

4.2. Thời gian xuất hiện nhiễm khuẩn vết mổ. Theo nghiên cứu của chúng tôi bảng 3.2, thời gian từ khi mổ đến khi xuất hiện triệu chứng của NKVM từ 7 - 14 ngày có 34 bệnh nhân chiếm tỷ lệ cao nhất là 43,6%, tiếp đến là ≤ 7 ngày có 18 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 23,1 %, khoảng thời gian từ 15-21 ngày có 17 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 21,8%, khoảng thời gian từ 22-30 ngày có 9 bệnh nhân chiếm tỷ lệ thấp nhất 11,5%, thời gian nhiễm khuẩn trung bình là 12,6 ± 6,2. Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả khác với nghiên cứu của Vũ Bá Quyết và Nguyễn Quang Bắc năm (2017)⁶ với thời gian xuất hiện NKVM chiếm tỷ lệ cao nhất từ 7-14 ngày chiếm 60,6%. Có thể do số lượng bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi lớn hơn 78 đối tượng so với 33 đối tượng ở nghiên cứu của Vũ Bá Quyết và Nguyễn Quang Bắc. Bên cạnh đó các phẫu thuật sản phụ khoa hầu hết là phẫu thuật sạch – nhiễm nên hầu hết các bệnh nhân được đóng vết mổ 1 thì, và thời gian xuất hiện nhiễm khuẩn vết mổ cũng dài hơn thường sau khi bệnh nhân ra viện 3-4 ngày thì xuất hiện triệu chứng của NKVM điều này cũng giải thích vì sao trong nghiên cứu của Phạm Văn Tân (2016)³ có thời gian xuất hiện nhiễm khuẩn vết mổ chủ yếu < 7 ngày kể từ lúc mổ. Do phẫu thuật tiêu hóa đa phần là phẫu thuật nhiễm – bẩn nên vết mổ có thể phải đóng 2 thì, và NKVM cũng dễ xảy ra sớm hơn so với các phẫu thuật sản phụ khoa.

Theo nghiên cứu của chúng tôi bảng 3.3, trong số 78 đối tượng nghiên cứu có 17 đối tượng có sốt chiếm tỷ lệ 21,7%, còn lại là những đối tượng không có sốt chiếm tỷ lệ 78,3%. Hầu hết những đối tượng không sốt là những bệnh nhân đã được điều trị từ các bệnh viện khác nên khi vào Bệnh viện Phụ sản Trung ương thì không còn triệu chứng sốt, hơn nữa NKVM nông là một nhiễm khuẩn tại chỗ, thường ít gây ra những

triệu chứng toàn thân, khi nhiễm khuẩn lan rộng và sâu, hình thành ổ absces sẽ có triệu chứng toàn thân.

Cũng trong bảng 3.3 có 75 bệnh nhân có cả 3 triệu chứng sưng, đau tại vết mổ, chảy dịch vết mổ và toác vết mổ chiếm tỷ lệ 96,1%, Có 3 bệnh nhân chỉ có duy nhất 1 triệu chứng sưng, đau vết mổ chiếm tỷ lệ 3,9%. Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả khác với nghiên cứu của Vũ Bá Quyết và Nguyễn Quang Bắc (2017)⁶ các đối tượng có cả 4 triệu chứng lâm sàng: sưng, đau, toác, chảy dịch vết mổ chiếm tỷ lệ 100%. Có sự khác nhau này có thể vì số lượng bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi lớn hơn. Bên cạnh đó trong các đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có 3 đối tượng chỉ viêm mô tế bào tại vết mổ nên không có hiện tượng tiết dịch hay là toác vết mổ nên kết quả nghiên cứu của chúng tôi khác với nghiên cứu của Vũ Bá Quyết và Nguyễn Quang Bắc (2017).⁶

4.3. Siêu âm dịch dưới vết mổ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi (bảng 3.4) trong số 78 đối tượng nghiên cứu có 69 đối tượng khi làm siêu âm thấy có dịch dưới vết mổ chiếm tỷ lệ 88,5%, 9 đối tượng còn lại không thấy tụ dịch dưới vết mổ khi làm siêu âm chiếm tỷ lệ 11,5%. Kết quả này có khác với nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Thảo (2016)⁴ với tỷ lệ siêu âm thấy dịch dưới vết mổ là 80,6% có thể do cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi lớn hơn.

Sở dĩ có 9 trường hợp khi siêu âm bụng không thấy tụ dịch dưới vết mổ thành bụng là do: Trong số 9 trường hợp này có 3 đối tượng nhiễm trùng vết mổ ở dạng viêm mô tế bào nên khi siêu âm không thấy dịch, 6 đối tượng còn lại vết mổ đã được tách làm thuốc điều trị ở các bệnh viện tuyến trước lớp dịch đã được dẫn lưu ra ngoài nên khi siêu âm không thấy tụ dịch dưới vết mổ. Việc đánh giá dịch dưới siêu âm giúp bác sỹ có chỉ định tách vết mổ và dẫn lưu vết mổ hợp lý hơn ngay cả khi vết mổ chỉ có biểu hiện sưng nề mà chưa có các dấu hiệu chảy dịch hay toác vết mổ.

4.4. Kết quả xét nghiệm vi khuẩn. Trong số 78 đối tượng nghiên cứu có 75 đối tượng được nuôi cấy dịch vết mổ chiếm 96,2%, có 3 đối tượng không được nuôi cấy chiếm tỷ lệ 3,8%, 3 đối tượng không được nuôi cấy này là 3 trường hợp viêm mô tế bào ko chảy dịch, toác hay tụ dịch vết mổ. Trong số 75 đối tượng được nuôi cấy có 22 trường hợp dương tính chiếm tỷ lệ 29,3%, 53 đối tượng nuôi cấy âm tính chiếm 70,7%. Kết quả nghiên cứu của Lê Thị Thanh Vân (2011)⁷ với tỷ lệ nuôi cấy dịch dương tính là

24,4%. Như vậy kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với kết quả nghiên cứu của Lê Thị Thanh Vân có thể do kỹ thuật nuôi cấy hiện nay tốt hơn so với năm 2009 nên tỷ lệ dương tính cao hơn.

Trong 22 đối tượng nuôi cấy dịch có kết quả dương tính thì có 11 trường hợp là *S.aureus* chiếm tỷ lệ cao nhất 50%, có 6 trường hợp là *S.epidemicus* chiếm tỷ lệ 27,3% và 5 trường hợp là *E.coli* chiếm 22,7%. Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Thảo (2016)⁴, tỷ lệ tụ cầu vàng là 45%, tụ cầu trắng 35%, *E.coli* chiếm 20%. Nghiên cứu của Vũ Bá Quyết và Nguyễn Quảng Bắc (2017)⁶ với vi khuẩn tụ cầu vàng là hay gặp nhất chiếm tỷ lệ 42,1%, tiếp đến là tụ cầu trắng chiếm tỷ lệ 26,3%, vi khuẩn *E. Coli* chiếm 21,1% và liên cầu đường ruột là 10,5%. Có sự khác nhau này do cỡ mẫu của chúng tôi lớn hơn 2 nghiên cứu trên nên cho ra kết quả khác với 2 nghiên cứu đó. Tuy nhiên qua 3 nghiên cứu có thể thấy ở NKVM sản phụ khoa nguyên nhân chủ yếu hay gặp nhất là Tụ cầu vàng, tụ cầu trắng rồi đến *E.coli*.

Hiện nay tình trạng kháng kháng sinh của Tụ cầu vàng đang là vấn đề của ngành y tế do tình trạng sử dụng thuốc không hợp lý, lạm dụng kháng sinh đã làm cho tình trạng kháng thuốc của Tụ cầu vàng ngày càng gia tăng. Do đó vấn đề điều trị NKVM có nguyên nhân là Tụ cầu vàng ngày càng khó khăn hơn.

V. KẾT LUẬN

NKVM thường gặp ở bệnh nhân béo phì,

thừa cân. Thời gian xuất hiện NKVM đều sau phẫu thuật 7 ngày, thời gian trung bình xuất hiện NKVM nông thành bụng trung bình $12,6 \pm 6,2$ ngày. Triệu chứng lâm sàng hay gặp là sưng, đau tại vết mổ, chảy dịch và toác vết mổ. Kết quả nuôi cấy vi khuẩn dương tính chiếm tỷ lệ 29,3%, vi khuẩn gây bệnh hay gặp tụ cầu vàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **M. A. Olsen, A. M. Butler, D. M. Willers et al** (2008). Risk factors for surgical site infection after low transverse cesarean section. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 29(6),477-484; discussion 485-476.
2. **J. S. Bagratee, J. Moodley, I. Kleinschmidt et al** (2001). A randomised controlled trial of antibiotic prophylaxis in elective caesarean delivery. *BJOG.* 108(2),143-148.
3. **Phạm Văn Tân** (2016). Nghiên cứu nhiễm khuẩn vết mổ các phẫu thuật tiêu hóa tại khoa ngoại bệnh viện Bạch mai, Luận án Tiến sĩ Y học, Học viện Quân Y, Hà Nội.
4. **Nguyễn Thị Phương Thảo** (2016). Nghiên cứu nhiễm khuẩn vết mổ thành bụng sau mổ lấy thai được điều trị tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 11/2014 đến tháng 8/2016, Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ nội trú, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
5. **D. Chelmow, E. J. Rodriguez, M. M. Sabatini** (2004). Suture closure of subcutaneous fat and wound disruption after cesarean delivery: a meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 103(5 Pt 1),974-980.
6. **Vũ Bá Quyết, Nguyễn Quảng Bắc** (2017). Đánh giá tác dụng hỗ trợ của Plasma lạnh trong điều trị nhiễm khuẩn vết mổ thành bụng sau mổ lấy thai. *Tạp chí sản phụ khoa.* 15(3),36-39.
7. **Lê Thị Thanh Vân** (2011). Nhận xét điều trị viêm niêm mạc tử cung sau đẻ tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong 2 năm 2008-2009. *Y học thực hành.* 5(765),70-73.

ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN SỰ SỐNG TỬ RĂNG BẰNG VẬT LIỆU CALCI SILICATE

Phạm Văn Khoa¹, Nguyễn Thị Tâm Duyên¹, Nguyễn Vũ Thúy Quỳnh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu báo cáo loạt ca này nhằm đánh giá kết quả điều trị lấy tủy buồng một phần, che bằng MTA cho răng cối lớn vĩnh viễn bị sâu tới tủy có viêm tủy không hồi phục. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Tám răng cối lớn vĩnh viễn có sâu lộ tủy trên 8 người bệnh 18 tuổi trở lên được chọn vào

nghiên cứu. Chẩn đoán tủy và vùng quanh chóp trước điều trị dựa trên bệnh sử có đau, đáp ứng với thử lạnh và phim quanh chóp. Sau khi ký đồng thuận, răng được gây tê, cô lập bằng đê cao su, khử trùng bằng NaOCl 3% trước khi nạo sạch lỗ sâu. Lấy tủy buồng một phần bằng cách khoan sâu vào tử trần tủy 2 mm về phía chóp để bộc lộ tủy, cầm máu và đặt MTA Angelus Repair HP (Angelus, Brazil). Trám kết thúc và chụp phim quanh chóp. Đánh giá lâm sàng và phim quanh chóp sau 1, 3 và 6 tháng. Thống kê mô tả được dùng để trình bày kết quả. **Kết quả:** Dấu chứng và triệu chứng lâm sàng cho thấy các răng viêm tủy không hồi phục có lành thương và MTA cho thấy có hiệu quả tốt trong điều trị. **Kết luận:** Lấy tủy buồng một phần và che bằng MTA có tỷ lệ thành công tốt sau 6 tháng theo dõi ở các răng cối lớn vĩnh viễn viêm tủy không hồi phục.

¹Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

²Nha Khoa ARTDENT, TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Khoa

Email: khoapv@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.3.2023

Ngày duyệt bài: 28.3.2023