

- Lancet., 380 (9895): 2095-2128.
4. **Mohammed A. H., et al** (2019), "Hypertension knowledge, awareness, and attitude among the hypertensive population in Kuala Lumpur and rural areas in Selangor, Malaysia", *Journal of Public Health*, trang 443-450.
5. **Shrestha N., et al** (2014), "Diabetes Knowledge

- and Associated Factors among Diabetes Patients in Central Nepal".
6. **World Health Organization** (2011), The top 10 causes of death.
7. **World Health Organization** (2016), Ước tính của WHO về gánh nặng bệnh không lây nhiễm ở Việt Nam năm 2016 .

TỶ LỆ NHIỄM KHUẨN VẾT MỔ Ở THAI PHỤ MỔ LẤY THAI CHỦ ĐỘNG ĐƯỢC SỬ DỤNG KHÁNG SINH DỰ PHÒNG CEFAZOLIN TẠI BỆNH VIỆN NHÂN DÂN GIA ĐỊNH

Huỳnh Ngọc Phước¹, Bùi Chí Thương^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ ở thai phụ mổ lấy thai chủ động được sử dụng kháng sinh dự phòng Cefazolin tại bệnh viện Nhân dân Gia Định. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu mô tả loạt ca khảo sát 300 sản phụ được chỉ định mổ lấy thai chủ động sử dụng Cefazolin 2g dự phòng trước rạch da từ 02/12/2021 đến 31/05/2022 tại Khoa Sản - Bệnh viện Nhân Dân Gia Định. **Kết quả:** Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ là 1,3% khoảng tin cậy 95% (0,004 - 0,034). Qua 4 trường hợp có nhiễm trùng vết mổ trong đó những sản phụ có mổ lấy thai từ 2 lần trở lên tăng tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ. Thời gian phẫu thuật kéo dài ≥ 60 phút làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ. Lượng máu mất càng nhiều (≥ 500 ml) càng làm tăng tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ. Trong khi đó, đường rạch da ngang trên vệ Pfannenstiel và thời gian nằm viện dưới 7 ngày làm giảm nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ ($p < 0,05$). **Kết luận:** Sử dụng Cefazolin liều 2 gram có hiệu quả trong dự phòng nhiễm khuẩn vết mổ ở thai phụ có chỉ định mổ chủ động.

Từ khóa: Nhiễm khuẩn vết mổ, kháng sinh dự phòng, Cefazolin

SUMMARY

THE SURGICAL SITE INFECTION IN PREGNANT WOMEN UNDERGOING ELECTIVE CESAREAN SECTION USING CEFAZOLIN PROPHYLACTIC ANTIBIOTICS AT NHAN DAN GIA DINH HOPITAL

Research objective: To determine the rate of surgical site infection in pregnant women undergoing cesarean section who were using cefazolin prophylactic antibiotics at Gia Dinh People's Hospital. **Methods:** Design a descriptive study of a series of 300 women who were assigned to have an elective

cesarean section using Cefazolin 2g prophylactically before skin incision from December 2, 2021 to May 31, 2022. at the Department of Obstetrics and Gynecology - Gia Dinh People's Hospital. **Results:** The rate of surgical site infection was 1.3%, 95% confidence interval (0.004 - 0.034). Through 4 cases of surgical site infection, in which women who had cesarean section for 2 or more times increased the rate of surgical site infection. Surgical duration ≥ 60 minutes increased the risk of surgical site infection. The more blood loss (≥ 500 ml), the higher the rate of surgical site infection. Meanwhile, the transverse skin incision on the Pfannenstiel sphincter and the hospital stay less than 7 days reduce the risk of surgical site infection ($p < 0.05$). **Conclusion:** Using Cefazolin at a dose of 2 grams is effective in preventing surgical site infections in pregnant women with indications for elective caesarean section.

Keywords: Surgical site infection, prophylactic antibiotics, cefazolin

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngành phẫu thuật ra đời từ rất sớm nhưng trong một thời gian dài nhiễm khuẩn vẫn là một biến chứng nguy hiểm trong thời kỳ hậu phẫu. Nhiễm khuẩn vết mổ có thể làm trì hoãn quá trình hồi phục, kéo dài thời gian nằm viện, cần thiết phải điều trị lại, làm tăng viện phí, nặng hơn có thể tử vong. Ở các nước thu nhập thấp và trung bình, 11% bệnh nhân phẫu thuật bị nhiễm khuẩn trong quá trình này. Ở châu Phi, có tới 20% phụ nữ sinh mổ bị nhiễm khuẩn vết mổ (NKVM), ảnh hưởng đến sức khỏe của chính bệnh nhân và khả năng chăm sóc cho con sau mổ lấy thai. Các hướng dẫn của Tổ chức Y tế Thế giới đã được cập nhật vào năm 2018, có hiệu lực đối với bất kỳ quốc gia nào và phù hợp với sự thích ứng của địa phương [1]. Nhiễm khuẩn vết mổ được định nghĩa là nhiễm khuẩn xảy ra tại hoặc gần vết mổ trong vòng 30 ngày kể từ ngày phẫu thuật hoặc sau 1 năm nếu cấy ghép implant. Nhiễm khuẩn vết mổ sau mổ lấy thai được phân loại là nhiễm khuẩn vết mổ nông,

¹Bệnh viện Nhân Dân Gia Định

²Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Chí Thương

Email: buichithuong@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.4.2023

Ngày duyệt bài: 8.5.2023

sâu và nội tạng dựa trên các mô hoặc cơ quan liên quan [2].

Nhiều nước trên thế giới nói chung và ở Việt Nam nói riêng, tỷ lệ mổ lấy thai (MLT) ngày càng tăng nhanh, đặc biệt trong vòng 20 năm trở lại đây. Có nhiều lý do để giải thích cho hiện tượng MLT ngày một tăng cao này, đặc biệt là MLT ở sản phụ con so. Người phụ nữ đẻ ít đi, tỷ lệ con so nhiều lên, tuổi có thai của người phụ nữ ngày một tăng lên, một số vấn đề liên quan đến sinh khó ngày một nhiều: tiền sản giật, béo phì, tim mạch..., theo dõi chuyển dạ bằng monitoring làm tăng khả năng phát hiện suy thai, tăng tỷ lệ MLT trong ngôi mông, thai thụ tinh trong ống nghiệm cũng ngày một tăng cao [3].

Tại bệnh viện Nhân dân Gia Định, tỷ lệ MLT trong năm năm gần đây vẫn còn cao 2017 (47.6%), 2018 (44.5%), 2019 (43.5%), 2020 (42.8%), 2021 (43.5%) Ngày 03/11/2016, Tổ chức Y tế Thế giới đã đưa ra hướng dẫn toàn cầu về công tác phòng ngừa NKVM. Bản hướng dẫn đưa ra 26 khuyến cáo theo độ mạnh của các chứng cứ trong đó có 09 khuyến cáo trước phẫu thuật, 14 khuyến cáo trong/quanh phẫu thuật và 03 khuyến cáo sau phẫu thuật [4].

Bộ Y Tế Việt Nam đã đưa kháng sinh dự phòng (KSDP) vào chuẩn quốc gia năm 2003 [5]. Tại Bệnh Viện Nhân Dân Gia Định việc áp dụng sử dụng KSDP trong mổ lấy thai đã được áp dụng thường quy từ 2003. Do tâm lý lo sợ môi trường, vô khuẩn, nên khoa sản vẫn còn áp dụng nhiều phác đồ KSDP khác nhau, vẫn còn chỉ định kháng sinh điều trị không đúng. Năm 2018 Bộ Y tế đưa ra "Hướng dẫn sử dụng kháng sinh trong bệnh viện" khoa Sản bệnh viện Nhân dân Gia Định đã áp dụng đúng phác đồ KSDP trong mổ lấy thai. Để đánh giá hiệu quả KSDP trong mổ lấy thai tại khoa Sản bệnh viện Nhân dân Gia Định nhằm giảm chi phí điều trị cho bệnh nhân, giảm tỷ lệ NKVM và đồng thời là cơ sở làm bằng chứng khoa học để xây dựng, điều chỉnh lại phác đồ phù hợp cho khoa Sản bệnh viện Nhân dân Gia Định. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu với câu hỏi nghiên cứu: "Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ ở thai phụ MLT chủ động được sử dụng kháng sinh dự phòng Cefazolin tại bệnh viện Nhân dân Gia Định là bao nhiêu?".

Mục tiêu nghiên cứu: *Xác định tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ ở thai phụ MLT chủ động được sử dụng kháng sinh dự phòng Cefazolin tại bệnh viện Nhân dân Gia Định.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Báo cáo hàng loạt ca

tiến cứu

Đối tượng nghiên cứu:

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Sản phụ có chỉ định mổ lấy thai chủ động nhập viện tại khoa Sản bệnh viện Nhân dân Gia Định thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu từ 02/12/2021 đến 31/05/2022.

Tiêu chuẩn loại trừ

+ Sốt hoặc có tình trạng nhiễm khuẩn trước mổ
+ Dùng kháng sinh trong vòng 12 giờ trước mổ.
+ Suy giảm miễn dịch hoặc dùng thuốc corticoid.

+ Ổi vỡ ≥ 6 giờ, hoặc bất kỳ thời điểm nào trước mổ nghi ngờ có nhiễm khuẩn ối.

+ Tiền sử dị ứng cephalosporin hoặc dị ứng kháng sinh thời điểm tiêm.

+ Tất cả trường hợp có chỉ định mổ lấy thai cấp cứu.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: từ 02/12/2021 đến 31/05/2022

Địa điểm: tại khoa Sản bệnh viện Nhân dân Gia Định Thành Phố Hồ Chí Minh.

Phương pháp tiến hành

- Sản phụ có chỉ định mổ lấy thai chủ động thỏa các điều kiện của nghiên cứu, nhóm cộng sự gồm tác giả đề tài, 04 bác sĩ khối sản (đã được đào tạo và huấn luyện kỹ) sẽ giải thích cho sản phụ: mục đích, hiệu quả, lợi ích, bất lợi của kháng sinh dự phòng.

- Các bác sĩ thực hiện phẫu thuật là các phẫu thuật viên mổ được các trường hợp từ trung phẫu đến đại phẫu theo quyết định phân loại phẫu thuật viên của khối Sản.

- Tại khoa Sản, sản phụ được chỉ định mổ lấy thai, bác sĩ trực tiếp ghi hồ sơ chỉ định kháng sinh dự phòng cefazolin 2g thực hiện tại phòng mổ trước rạch da 30 phút.

- Nữ hộ sinh chuẩn bị sản phụ trước mổ.

Tại phòng mổ:

- Bác sĩ và kỹ thuật viên gây mê tiếp nhận sản phụ, nghe lại tim thai cùng sản phụ, kiểm tra đường truyền và lập thêm đường truyền mới nếu cần. Theo dõi sinh hiệu qua máy monitor, hỏi tiền sử dị ứng thuốc kháng sinh, tê, mê. Tiêm tĩnh mạch kháng sinh dự phòng Cefazolin, theo dõi sát phản ứng dị ứng, sinh hiệu. Tiến hành tê tủy sống.

- Thông tiểu lưu với ống Foley vô khuẩn

- Rửa bụng bằng dung dịch Povidon Iod 4% (sau khi tê hoặc trước khi mê)

- Phẫu thuật viên rửa tay vô khuẩn, mặc áo phẫu thuật mang găng vô khuẩn, rửa bụng lần cuối với dung dịch Povidin Iod 10%. Trải sẵn vô khuẩn.

- Phẫu thuật viên rạch da khi thời gian tìm kháng sinh được 30 phút, tối đa không quá 60 phút.

Tại khoa hậu phẫu: nghiên cứu viên cùng bác sĩ khoa hậu phẫu khám và theo dõi hằng ngày các dấu hiệu sinh hiệu, co hồi tử cung, khám vú, vết mổ và ghi nhận vào hồ sơ bệnh án quá trình thăm khám, điền vào bộ câu hỏi thu thập số liệu.

Hướng dẫn xuất viện: Nghiên cứu viên sẽ liên hệ với sản phụ vào các ngày 07, 14, 21, 30 sau xuất viện để đánh giá tình trạng vết mổ, tư vấn các thắc mắc, khó khăn bệnh nhân gặp phải sau sinh mổ.

Tiêu chuẩn chẩn đoán nhiễm khuẩn vết mổ. Trong nghiên cứu này chúng tôi dựa theo tiêu chuẩn chẩn đoán nhiễm khuẩn vết mổ của CDC, xây dựng từ quá trình đánh giá và giám sát nhiễm khuẩn bệnh viện trong các bệnh viện Hoa Kỳ, là tiêu chuẩn đang được sử dụng phổ biến nhất trong thời gian gần đây trên thế giới, kể cả tại Việt Nam.

Phương pháp phân tích, xử lý số liệu. Nghiên cứu sử dụng phần mềm SPSS statistics 20 phân tích và xử lý số liệu trong đó, biến số định lượng được tính bằng giá trị trung bình ± độ lệch chuẩn, tỷ lệ phần trăm. Phép kiểm chi bình phương, Binary Logistic, Fisher Exact nghiên cứu tương quan giữa một hay nhiều yếu tố nguy cơ với nhiễm khuẩn vết mổ ($p < 0,05$).

Vấn đề y đức: Nghiên cứu chỉ được tiến hành sau khi đã thông qua Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của bệnh viện Nhân dân Gia Định.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ ngày 02 tháng 12 năm 2021 đến ngày 31 tháng 05 năm 2022. Tổng sản phụ hoàn tất nghiên cứu là 300.

3.1. Đặc điểm chung của sản phụ tham gia nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Tần số (n=300)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	< 20	17	5,7
	20 - 24	25	8,3
	25 – 29	88	29,3
	≥ 30	170	56,7
Địa chỉ	TP. Hồ Chí Minh	174	58,0
	Tỉnh, Thành phố khác	126	42,0
Nghề nghiệp	Nội trợ	66	22
	Công nhân	100	33,3

Buôn bán	35	11,7
Công nhân viên	85	28,3
Khác	14	4,7

Nhận xét: Tuổi trung bình của sản phụ tham gia nghiên cứu là $31 \pm 5,8$ tuổi. Sản phụ ở Thành phố Hồ Chí Minh là 174 trường hợp chiếm 58 %. Công nhân và nhân viên công chức chiếm đa số trong các đối tượng nghiên cứu lần lượt là 33,3% và 28,3%.

3.2. Kết quả sau phẫu thuật

Bảng 2: Tỷ lệ nhiễm khuẩn hậu phẫu

Đặc điểm		Tần số (n=300)	Tỷ lệ (%)
Nhiễm khuẩn vết mổ	Lành vết mổ	296	98,7
	NTVM nông	3	1,0
	NTVM sâu	1	0,3
Sốt hậu phẫu	Không	296	98,7
	Có	4	1,3
Viêm nội mạc tử cung	Không	300	100
	Có	0	0

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ lành vết mổ 98,7% (296/300), tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ nông là 1% (3/300), tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ sâu là 0,3% (1/300). Không có sản phụ nào bị nhiễm khuẩn cơ quan hoặc khoang cơ thể.

3.3. Các yếu tố liên quan đến nhiễm khuẩn vết mổ

3.3.1. Tiền thai, vết mổ cũ và nhiễm khuẩn vết mổ

Bảng 3. Vết mổ cũ và nhiễm khuẩn vết mổ.

Các yếu tố	VM lành	NKVM	POR (KTC 95%)	P
Vết mổ cũ	145 (100%)	0 (0%)	7,875	0,004*
Chưa MLT	129 (99,2%)	1(0,8%)	(1,948–	
MLT 1 lần		3 (12%)	31,835)	
MLT ≥ 2 lần	22 (88%)			

*Binary Logistic, phép kiểm Fisher Exact

Nhận xét: Tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ mổ lấy thai lần 2 và tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ ($p < 0,05$).

3.3.2. Đường rạch da, thời gian phẫu thuật, máu mất và nhiễm khuẩn vết mổ

Bảng 4. Đường rạch da, thời gian phẫu thuật, máu mất và nhiễm khuẩn vết mổ

Các yếu tố	VM lành	NKVM	POR (KTC 95%)	P
Đường rạch da	294 (99%)	3 (1%)	0,020	0,040*
Ngang Dọc	2 (66,7%)	1 (33,3%)	(0,001–0,291)	
Thời gian PT	276(99,3%)	2	13,8	0,028*

< 60 phút	20 (91%)	(0,7%)	(1,846–	
≥ 60 phút		2 (9%)	3,182)	
Lượng máu mất		1		
< 500 ml	273(99,6%)	(0,4%)	35,609	0,002*
≥ 500ml	23 (88,5%)	(11,5%)	(3,560 – 358,175)	

*Binary Logistic, phép kiểm Fisher Exact

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật ≥ 60 phút và lượng máu mất ≥ 500ml tăng nguy cơ NKVM. Trong khi đó đường rạch da Pfannenstiel giảm nguy cơ NKVM ($p < 0,05$)

3.4.3. Tình trạng chuyển dạ, thời gian nằm viện, BMI trước mang thai và nhiễm khuẩn vết mổ

Bảng 5. Thời gian nằm viện và nhiễm khuẩn vết mổ

Thời gian nằm viện	VM lành	NKVM	POR (KTC 95%)	P
<7 ngày	291 (99,3%)	2 (0,7%)		
≥ 7 ngày	5 (71,4%)	2 (28,6%)	0,017 (0,002 – 0,148)	0,003*

*Binary Logistic, phép kiểm Fisher Exact

Nhận xét: Thời gian nằm viện dưới 7 ngày làm giảm nguy cơ NKVM với POR= 0,017 khoảng tin cậy 95% (0,002 – 0,148), $p = 0,003$.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi có 300 thai phụ, tất cả đều hoàn thành nghiên cứu và được theo dõi đến hết 30 ngày sau phẫu thuật, bệnh nhân sau xuất viện chúng tôi đều điện thoại liên lạc được để thăm hỏi tình trạng toàn thân và vết mổ đến hết 30 ngày sau phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ lành vết mổ 98,7% (296/300), tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ nông là 1% (3/300), tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ sâu là 0,3% (1/300). Không gặp nhiễm khuẩn cơ quan hoặc khoang cơ thể, viêm nội mạc tử cung.

Chúng tôi ghi nhận có 14 ca vết mổ nề khi sản phụ đang nằm viện, nhưng không thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán là nhiễm khuẩn vết mổ và không cần điều trị kháng sinh thêm. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ 1,3%, tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ này thấp hơn nghiên cứu của các tác giả như nghiên cứu của tác giả Hồ Thị Thu Hằng ghi nhận tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ 3,17%, tác giả Huỳnh Kim Khoe [6] ghi nhận tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ 4,02%, tác giả Đào Thị Mỹ Phượng, cho thấy tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ 3,17%, có thể do cùng cách thực hiện nhưng nghiên cứu của chúng tôi bước đầu thực hiện kháng sinh dự phòng nên chúng tôi

loại khỏi nghiên cứu sản phụ có nguy cơ cao như: đái tháo đường (tiết chế, đang điều trị Insulin), thiếu máu (mức độ trung bình, nặng), tiền sản giật (không có dấu hiệu nặng, có dấu hiệu nặng), ôi vỡ ≥ 6 giờ..., ngoài ra có thể do nghiên cứu của chúng tôi là mổ lấy thai chủ động sản phụ được chuẩn bị kỹ trước mổ như: tắm trước mổ, chuẩn bị âm đạo bằng dung dịch sát khuẩn povidone - iodine ngay thời điểm đặt sonde tiểu lưu [7], tỷ lệ mổ lấy thai lặp lại do vết mổ cũ cao, được mổ trong vòng dưới 24 giờ nhập viện.

Bốn sản phụ nhiễm khuẩn vết mổ, trong đó ba sản phụ nhiễm khuẩn vết mổ nông, 1 sản phụ nhiễm khuẩn vết mổ sâu. Phân lập vi khuẩn từ dịch tiết tại vết mổ kết quả là cầu khuẩn gram dương Staphylococcus aureus (+). Điều này có thể lý giải: theo lý thuyết Cephalosporins thế hệ I có tác dụng tốt trên cầu khuẩn gram dương, nhưng kết quả cấy và kháng sinh đồ cho thấy cầu khuẩn gram dương này nhạy với Meropenem, nhạy với Augmentin, nhạy với Cefazolin, điều này cũng phù hợp với chủng vi khuẩn thường gặp trong nhiễm khuẩn vết mổ nông và sâu tại Bệnh viện Từ Dũ [8]. Staphylococcus aureus hay tụ cầu vàng là một loài tụ cầu khuẩn Gram dương hiếu khí tùy nghi, và là nguyên nhân thông thường nhất gây ra nhiễm khuẩn trong các loài tụ cầu. Ở người khỏe mạnh, Staphylococcus aureus hiện diện ở mũi khoảng 30% và trên da khoảng 20%. Tỷ lệ cao hơn ở bệnh nhân nội trú và nhân viên y tế. Những người có nguy cơ cao nhiễm khuẩn do Staphylococcus aureus là: tiêm thuốc gây nghiện, đái tháo đường điều trị insulin, tổn thương da, AIDS. Staphylococcus aureus có thể lan từ người này qua người khác bằng cách tiếp xúc trực tiếp, thông qua các vật dụng lây nhiễm (dung cụ tập thể dục, điện thoại, tay nắm cửa, remote ti vi hoặc nút bấm thang máy), ít thông thường hơn là những giọt hắt hơi, nhảy mũi. Để dự phòng nhiễm khuẩn do nhiễm khuẩn vết mổ nông và sâu cần giám sát chặt chẽ công tác vô khuẩn trên da: tắm trước khi chuyển lên phòng mổ, sử dụng dụng cụ vệ sinh vùng lông mu hợp lý cho phẫu thuật vùng trên xương vệ, không sử dụng dao cạo nhằm tránh gây tổn thương trầy xước da vùng sắp phẫu thuật, cần lưu ý mang khẩu trang y tế đúng qui cách (che hoàn toàn vùng mũi miệng), rửa tay phẫu thuật đúng qui cách, trong phẫu thuật mổ lấy thai, cần tránh bóc nhau, màng nhau bằng tay [8].

Kết quả nghiên cứu chúng tôi ghi nhận một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ

trong đó, những sản phụ có mổ lấy thai từ 2 lần trở lên tăng tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ (POR = 7,8; KTC95%: 1,9 – 31,8). Thời gian phẫu thuật kéo dài \geq 60 phút làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ (POR=13,8; KTC 95%:1,8 – 103,1). Lượng máu mất càng nhiều (\geq 500ml) càng làm tăng tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ (POR=35,6; KTC95%: 3,5 – 358,1). Trong khi đó, đường rạch da ngang trên vệ Pfannenstiel và thời gian nằm viện dưới 7 ngày làm giảm nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ ($p < 0,05$). Tuy nhiên, chúng tôi nhận thấy nguyên cứu còn nhiều hạn chế như: Thiết kế nguyên cứu báo cáo hàng loạt ca tiến cứu, đây là thiết kế nguyên cứu không đủ mạnh, với cỡ mẫu không đủ lớn 300 trường hợp, thời gian thực hiện hạn hẹp.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ là 1,3% khoảng tin cậy 95% (0,004- 0,034). Qua 4 trường hợp nhiễm trùng vết mổ trong đó sản phụ mổ lấy thai từ 2 lần, thời gian phẫu thuật kéo dài \geq 60 phút và lượng máu mất càng nhiều càng làm tăng tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ. Tuy nhiên ở các trường hợp có đường rạch da ngang trên vệ Pfannenstiel và thời gian nằm viện ngắn <7 ngày giảm nguy cơ nhiễm trùng vết mổ Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO. Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee. Global Guidelines for the Prevention of Surgical Site Infection. 2018, Geneva: World Health Organization World Health Organization 2018.
2. Horan, T.C., et al., CDC definitions of nosocomial surgical site infections, 1992: a modification of CDC definitions of surgical wound infections. Am J Infect Control, 1992. 20(5): p. 271-4.
3. Nguyễn Thị Lan Hương, Đỗ Thị Hằng Nga, and Nguyễn Thanh Phong, Nhận xét về các chỉ định mổ lấy thai đối với sản phụ con so tại bệnh viện phụ sản trung ương năm 2014. Tạp chí Phụ Sản 39, 2015. 13(1): p. 39- 42.
4. Betran, A.P., et al., WHO Statement on Caesarean Section Rates. Bjog, 2016. 123(5): p. 667-70.
5. Bộ Y tế, Hướng dẫn chuẩn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản. 2003: Nhà Xuất Bản Y Học. 28.
6. Huỳnh Kim Khoe, Kháng sinh dự phòng trong mổ lấy thai tại Bệnh viện Hùng Vương. 2007: Luận Văn Chuyên Khoa II chuyên ngành Sản Phụ Khoa, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. 68.
7. Haas, D.M., et al., Vaginal preparation with antiseptic solution before cesarean section for preventing postoperative infections. Cochrane Database Syst Rev, 2020. 4(4): p. Cd007892.
8. Lê Thị Thu Hà, Chủng vi khuẩn thường gặp trong nhiễm khuẩn vết mổ nông và sâu sau mổ lấy thai tại Bệnh viện Từ Dũ năm 2019. 2019: Y Học Thành Phố Hồ Chí Minh. Phụ bản tập 23. Số 2. 155-157.

NGHIÊN CỨU KHẢ NĂNG DUNG NẠP VỚI GẮNG SỨC Ở CÁC BỆNH NHÂN ĐAU THẮT NGỰC ỔN ĐỊNH BẰNG ĐIỆN TÂM ĐỒ GẮNG SỨC THÂM CHẠY

Nguyễn Thị Thu Hoài^{1,2}, Phan Đình Phong^{1,3}, Phạm Mạnh Hùng^{1,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát khả năng dung nạp với gắng sức ở bệnh nhân (BN) đau thắt ngực ổn định (ĐTNGỔĐ) bằng điện tâm đồ gắng sức thâm chạy và tìm hiểu giá trị của VO₂max trong dự báo tổn thương tắc nghẽn hoàn toàn mạn tính và/hoặc tổn thương nhiều nhánh ĐMV ở các BN ĐTNGỔĐ. **Đối tượng và phương pháp:** Trong thời gian 5 năm (2014-2018), 205 BN ĐTNGỔĐ khám ngoại trú tại Viện Tim Mạch, Bệnh Viện Bạch Mai được đưa vào nghiên cứu. Tất cả các bệnh nhân đều được làm ĐTĐ 12 chuyển đạo,

siêu âm tim, ĐTĐ gắng sức thâm chạy, chụp động mạch vành (ĐMV) chọn lọc qua da. **Kết quả:** Mức độ đau ngực theo Hội Tim Mạch Canada (CCS) độ II và độ I chiếm tỷ lệ cao (tương ứng là 62,9% và 21,9%). Nghiệm pháp gắng sức dương tính chiếm 18,0%. Tỷ lệ hẹp ĐMV có ý nghĩa khi chụp ĐMV chọn lọc là 25,9%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các BN hẹp \geq 50% ĐMV và các BN không có hẹp ý nghĩa ĐMV về thời gian gắng sức trung bình, tỷ lệ % đạt 85% tần số tim lý thuyết tối đa, khả năng gắng sức tối đa (MET), tiêu thụ oxy tối đa (VO₂max) và tỷ lệ xuất hiện đau ngực, biến đổi ST trên ĐTĐ, đáp ứng kém về nhịp tim, rối loạn nhịp tim/rối loạn dẫn truyền trong khi làm nghiệm pháp gắng sức ĐTĐ thâm chạy. Tiêu thụ oxy tối đa (VO₂max), thời gian gắng sức và khả năng gắng sức tối đa tính bằng MET có mối liên quan chặt chẽ với sự có mặt của bệnh nhiều nhánh/tắc nghẽn hoàn toàn mạn tính ĐMV với tỷ suất chênh tương ứng lần lượt là OR 4,2 (95%CI:1,3-7,3), OR 1,2 (95% CI: 1,1-4,6), OR 3,4 (95% CI 1,5-8,2). VO₂max với (điểm cắt 32,6 ml/kg/phút, AUC 0,709, $p < 0,001$) có giá trị dự báo mạnh hơn so với thời gian gắng sức

¹Bệnh Viện Bạch Mai

²Trường Đại Học Y Dược, Đại Học Quốc Gia Hà Nội

³Trường Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Hoài

Email: hoainguyen1973@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 25.4.2023

Ngày duyệt bài: 10.5.2023