

Phân tích sử dụng kháng sinh dự phòng trên bệnh nhân phẫu thuật mổ lấy thai tại Khoa Chăm sóc sức khỏe sinh sản và phụ sản, Trung tâm Y tế huyện Hải Hà

Analysis of antibiotic use in patients undergoing cesarean section at the Department of Reproductive and Obstetric Health Care, Hai Ha District Medical Center

Nguyễn Thị Hồng Hạnh¹, Ngô Thị Nga²,
Trần Cát Khánh¹, Đặng Việt Dũng¹, Lê Bá Hải¹
và Nguyễn Thành Hải^{1*}

¹Trường Đại học Dược Hà Nội

²Trung tâm Y tế Huyện Hải Hà, Quảng Ninh

Tóm tắt

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm sử dụng kháng sinh dự phòng (KSDP) trên bệnh nhân được phẫu thuật mổ lấy thai tại Khoa Chăm sóc sức khỏe sinh sản và Phụ sản, Trung tâm Y tế huyện Hải Hà. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên hồ sơ bệnh án của bệnh nhân (BN) được chỉ định phẫu thuật mổ lấy thai tại Khoa Chăm sóc sức khỏe sinh sản và Phụ sản, Trung tâm Y tế huyện Hải Hà từ 01/8/2023 đến 31/7/2024. Tiêu chuẩn lựa chọn là BN được kê đơn kháng sinh trong khi nằm viện và không có chẩn đoán nhiễm khuẩn trước phẫu thuật. **Kết quả:** Có 242 BN đạt tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu. Trung vị độ tuổi của BN trong nghiên cứu là 28 tuổi (23 - 33), chủ yếu được chỉ định mổ lấy thai do có vết mổ đẻ cũ (54,1%). 98,3% BN được sử dụng kháng sinh trong vòng 1 giờ trước rạch da, trong đó 82,2% được dùng cefazolin. 67,0% được dùng kháng sinh trong vòng 24 giờ sau phẫu thuật; 32,2% BN có dùng kháng sinh kéo dài từ 5 ngày trở lên sau phẫu thuật. Các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê đến việc kéo dài thời gian sử dụng kháng sinh là tiền sử và số lần mổ đẻ, mổ cấp cứu, điểm ASA ≥ 3 , bất thường ối, thai phụ có bệnh mắc kèm, mổ lấy thai kết hợp các thủ thuật khác, và vết mổ đẻ cũ dính. **Kết luận:** Tỷ lệ sử dụng KSDP phù hợp theo tiêu chí ASHP tại Trung tâm ở mức khá cao. Tuy nhiên, cần cập nhật hướng dẫn KSDP để tối ưu hóa việc dùng kháng sinh dự phòng trong mổ lấy thai.

Từ khóa: Kháng sinh, mổ lấy thai, nhiễm khuẩn vết mổ, kháng sinh dự phòng.

Summary

Objective: To describe the characteristics of prophylactic antibiotic use in patients undergoing cesarean section at the Department of Reproductive and Obstetric Health Care, Hai Ha District Medical Center. **Subject and method:** A retrospective descriptive study was conducted on 242 medical records of patients who underwent cesarean section at the Department of Reproductive and Obstetric Health Care, Hai Ha District Medical Center, from August 1, 2023, to July 31, 2024. Eligible participants were hospitalized patients prescribed antibiotics without any pre-operative diagnosis of infection. **Result:** A total of 242 eligible patients were included in the study. The median age was 28 years (IQR: 23 - 33), with the primary indication for cesarean section being a history of prior cesarean delivery (54.1%).

Ngày nhận bài: 9/9/2026, ngày chấp nhận đăng: 13/10/2026

* Tác giả liên hệ: haint@hup.edu.vn - Trường Đại học Dược Hà Nội

Prophylactic antibiotics were administered within 1 hour prior to skin incision in 98.3% of patients, with cefazolin being the most prescribed agent (82.2%). Discontinuation of antibiotics within 24 hours post-operatively was recorded in 67.0% of cases, whereas 32.2% of patients received prolonged antibiotic therapy for 5 days or more post-operatively. Factors statistically significantly associated with prolonged antibiotic duration included history and number of previous cesarean sections, emergency surgery, ASA ≥ 3 , amniotic fluid abnormalities, maternal comorbidities, concurrent surgical procedures during cesarean delivery, and dense adhesions from previous cesarean scars. *Conclusion:* The rate of appropriate surgical antibiotic prophylaxis according to ASHP guidelines at the health center was relatively high. However, updating institutional guidelines is warranted to further optimize surgical antibiotic prophylaxis in cesarean deliveries.

Keywords: Antibiotics, cesarean section, surgical site infection, prophylactic antibiotics.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kháng sinh dự phòng (KSDP) phẫu thuật là việc sử dụng kháng sinh trước phẫu thuật, hoặc trong một số trường hợp vào thời điểm thích hợp quanh cuộc phẫu thuật, nhằm làm giảm nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ (NKVM) và các nhiễm khuẩn liên quan đến phẫu thuật¹. Trong phác đồ KSDP, các kháng sinh được lựa chọn cho phù hợp với loại phẫu thuật, đường dùng, thời điểm và thời gian dùng, nhằm giảm số lượng vi khuẩn hiện diện tại thời điểm phẫu thuật về mức mà hệ miễn dịch có thể kiểm soát được². Thời điểm sử dụng liều đầu kháng sinh thường trong vòng 60 phút và không nên quá hai giờ trước thời điểm rạch da; thời gian sử dụng kháng sinh không kéo dài quá 24 giờ sau phẫu thuật³. Việc dùng KSDP đã được chứng minh giúp giảm nguy cơ nhiễm trùng hậu phẫu trong mổ lấy thai, có hiệu quả tương đương với điều trị kháng sinh đa liều ở một số nhóm bệnh nhân, đồng thời tiết kiệm chi phí và rút ngắn thời gian nằm viện⁴. Tuy nhiên việc sử dụng KSDP trong thực hành lâm sàng tại nhiều cơ sở y tế vẫn còn chưa đồng bộ và gặp nhiều hạn chế, đặc biệt về thời điểm sử dụng, lựa chọn loại kháng sinh và tuân thủ phác đồ⁵.

Tại Trung tâm Y tế huyện Hải Hà, mổ lấy thai chiếm tỷ lệ cao trong các ca phẫu thuật. Trong 6 tháng đầu năm 2024, có 101 ca mổ lấy thai (72,7% trong số 139 ca phẫu thuật tại Khoa CSSKSS & Phụ sản), chiếm 20% tổng số ca phẫu thuật toàn đơn vị. Mặc dù KSDP trong mổ lấy thai được triển khai từ năm 2021, nhưng đến nay đơn vị chưa xây dựng quy trình KSDP riêng cũng như chưa có nghiên cứu đánh

giá tính hợp lý về KSDP cho nhóm phẫu thuật này. Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi thực hiện đề tài để phân tích các đặc điểm sử dụng KSDP trong mổ lấy thai, xác định các tồn tại và các yếu tố liên quan, làm cơ sở để tối ưu hóa việc sử dụng KSDP tại cơ sở.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng

Đối tượng nghiên cứu là bệnh án của bệnh nhân được phẫu thuật mổ lấy thai tại Trung tâm Y tế huyện Hải Hà trong khoảng thời gian từ ngày 01/8/2023 đến 31/7/2024. Tiêu chuẩn lựa chọn bao gồm tất cả những bệnh án của bệnh nhân được mổ lấy thai trong thời gian nghiên cứu và có sử dụng kháng sinh trong quá trình nằm viện. Tiêu chuẩn loại trừ là những bệnh án không có thông tin rõ ràng về thời điểm phẫu thuật hoặc thời điểm dùng thuốc; bệnh nhân có nhiễm khuẩn trước khi phẫu thuật hoặc bệnh án không thể tiếp cận được trong thời gian nghiên cứu.

2.2. Phương pháp

Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp mô tả cắt ngang, không can thiệp thông qua hồi cứu dữ liệu bệnh án ra viện của các bệnh nhân.

Một số quy ước trong nghiên cứu

Bệnh nhân được xem là có nhiễm khuẩn trước phẫu thuật khi: Được bác sĩ chẩn đoán nhiễm khuẩn trước thời điểm phẫu thuật ghi trong bệnh án và có ít nhất một biểu hiện liên quan đến nhiễm khuẩn trước phẫu thuật: số lượng bạch cầu $\geq 10000/\text{mm}^3$,

có bạch cầu niệu, có áp xe hoặc chảy dịch, thân nhiệt $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$.

Bệnh nhân có hội chứng đáp ứng viêm toàn thân (SIRS) khi có ít nhất hai trong số các biểu hiện: Thân nhiệt $\geq 38^{\circ}\text{C}$ hoặc $\leq 36^{\circ}\text{C}$; nhịp tim > 90 lần/phút; nhịp thở > 20 lần/phút hoặc $\text{PaCO}_2 < 32\text{mmHg}$; bạch cầu/máu $> 12000/\text{mm}^3$ hoặc $< 4000/\text{mm}^3$ hoặc $> 10\%$ bạch cầu mono.

Đánh giá tình trạng toàn thân trước phẫu thuật được thực hiện theo thang điểm ASA của Hội Gây mê Hoa Kỳ với điểm ASA ≥ 3 thể hiện tình trạng bệnh lý toàn thân nặng ⁶.

Tiêu chuẩn đánh giá yếu tố nguy cơ nhiễm khuẩn hậu phẫu dựa trên thang điểm NNIS do Hệ thống giám sát nhiễm khuẩn bệnh viện của Hoa Kỳ đề nghị ⁷. Điểm NNIS (từ 0 đến 3) càng cao nguy cơ nhiễm khuẩn càng cao.

Kháng sinh dự phòng trong mổ lấy thai được quy ước là việc sử dụng kháng sinh sử dụng cho bệnh nhân không có chẩn đoán nhiễm khuẩn trước phẫu thuật, trong đó liều đầu trong vòng 60 phút trước thời điểm rạch da (hoặc 120 phút với một số kháng sinh cụ thể) và không kéo dài quá 24 giờ sau phẫu thuật. Một số khuyến cáo về sử dụng kháng sinh dự phòng ASHP (2013) được trình bày trong Bảng 1 ³.

Bảng 1. Một số khuyến cáo sử dụng kháng sinh dự phòng của ASHP

Tiêu chí	Khuyến cáo ASHP (2013)
Chỉ định	Mổ lấy thai (phẫu thuật sạch-nhiễm); có sử dụng KS với mục đích dự phòng
Lựa chọn KS	Cefazolin hoặc ampicillin + sulbactam; nếu dị ứng β -lactam/nguy cơ MRSA $\rightarrow$ clindamycin hoặc vancomycin + aminoglycoside
Thời điểm	Trong vòng 60 phút trước rạch da; với vancomycin ≤ 120 phút
Bổ sung liều	Nếu mổ > 4 giờ hoặc mất máu $\geq 1500\text{ml}$
Đường dùng	Tiêm/truyền tĩnh mạch
Thời gian dùng	Ngừng trong vòng 24 giờ sau đóng vết mổ (không áp dụng cho BN có NK trước/sau mổ)
Liều dùng	Theo khuyến cáo: Cefazolin: 2g ($< 120\text{kg}$), 3g ($\geq 120\text{kg}$), lặp mỗi 4h; Ampicillin/sulbactam: 3g, mỗi 2h; Clindamycin: 900mg, mỗi 6h; Vancomycin: 15mg/kg (tối đa 2g), thường 1 liều; Gentamicin: 5mg/kg, thường 1 liều

2.3. Xử lý số liệu

Số liệu thu thập trong nghiên cứu được nhập liệu và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0 và quản lý dữ liệu trên Microsoft Excel 2016. Các biến số liên tục được biểu diễn dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn (nếu phân phối chuẩn) hoặc dưới dạng trung vị và khoảng tứ phân vị (nếu phân phối không chuẩn). Các biến số định danh và biến phân hạng được biểu diễn dưới dạng tỷ lệ phần trăm. So sánh tỷ lệ giữa các nhóm bằng kiểm định χ^2 hoặc kiểm định chính xác Fisher tùy thuộc vào điều kiện kích

thước mẫu ở các ô lý thuyết. Các so sánh được coi là có ý nghĩa thống kê khi giá trị $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của quần thể bệnh nhân

Nhóm nghiên cứu thu nhận vào nghiên cứu 242 hồ sơ bệnh án thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ. Đặc điểm chung của quần thể bệnh nhân và đặc điểm nguy cơ nhiễm khuẩn được trình bày trong Bảng 2.

Bảng 2. Đặc điểm chung của quần thể bệnh nhân trong nghiên cứu

Đặc điểm mẫu nghiên cứu		n (%), (N = 242)
Tuổi	Trung vị [tứ phân vị], (min - max)	28 [23 - 33] (15 - 45)
	Tuổi < 18	2 (0,8)
	Tuổi 18 - 35	204 (84,3)
	Tuổi > 35	36 (14,9)
Lý do chỉ định mổ lấy thai	Bất thường do mẹ	16 (6,6)
	Bất thường do thai	77 (31,8)
	Vỡ ối > 12 giờ hoặc ối bần	49 (20,2)
	Tiền sử đẻ mổ	131 (54,1)
Số lần sinh	Lần đầu	71 (29,3)
	Lần thứ 2	97 (40,1)
	Lần thứ 3 trở lên	74 (30,6)
Số lần mổ trước đó	Chưa lần nào	111 (45,9)
	1 lần	107 (44,2)
	2 lần	23 (9,5)
	3 lần	1 (0,4)
Chỉ số NNIS	Chỉ số NNIS = 0	137 (56,6)
	Chỉ số NNIS = 1	100 (41,3)
	Chỉ số NNIS = 2	5 (2,1)
	Chỉ số NNIS = 3	0 (0,0)
Yếu tố nguy cơ nhiễm khuẩn khác	Mổ cấp cứu	14 (5,8)
	Có hội chứng SIRS	3 (1,2)
	ASA $\geq$ 3	16 (6,6)
	Thời gian phẫu thuật kéo dài > 1 giờ	21 (8,7)
	Bất thường ối (ối bần, thiếu ối, đa ối)	9 (3,7)
	Bệnh mắc kèm	5 (2,1)
	Vết mổ để cũ dính	31 (12,8)
	Co hồi tử cung kém/ Đờ tử cung	2 (0,8)
	Mổ lấy thai kết hợp với các thủ thuật khác	5 (2,1)

Đa số BN có độ tuổi từ 18 - 35 (84,3%), với lý do mổ lấy thai chủ yếu là có vết mổ để cũ (54,1%); hoặc các bất thường liên quan đến thai nhi như ngôi ngược, song thai, suy thai, thai to, thai quá ngày (31,8%); hoặc vỡ ối sớm (20,2%). Phần lớn bệnh nhân đã từng sinh ít nhất một lần trước đó, với 171 trường hợp (70,7%), trong đó có 131 trường hợp (54,1%) đã từng mổ lấy thai. Về nguy cơ nhiễm khuẩn, gần một nửa số BN có điểm NNIS từ 1 trở lên và chủ yếu có NNIS = 1 (41,3%). Ngoài ra có một tỷ lệ nhỏ bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ NKVM như vết mổ để cũ dính (12,8%), thời gian phẫu thuật trên 1 giờ (8,7%).

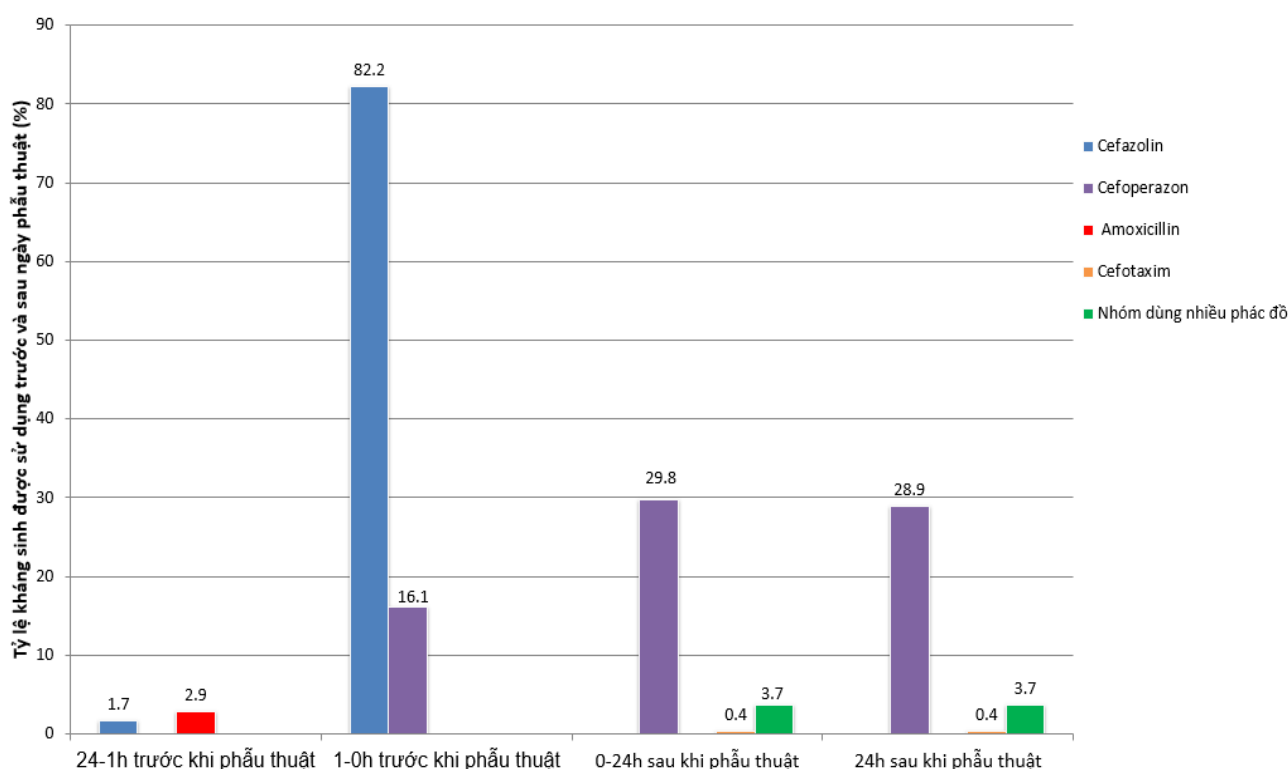
3.2. Các kháng sinh được chỉ định và thời điểm sử dụng

Tỷ lệ bệnh nhân theo loại phác đồ kháng sinh sử dụng tại các thời điểm được thể hiện trong Hình 1.

Trước phẫu thuật, 98,3% BN được sử dụng kháng sinh trong vòng 60 phút trước khi rạch da, bao gồm 82,2% BN được chỉ định cefazolin và 16,1% được chỉ định cefoperazon. Có 2,9% BN sử dụng kháng sinh amoxicillin đường uống và 1,7% BN sử dụng cefazolin ở thời điểm sớm hơn 1 giờ trước phẫu thuật.

Trong khoảng thời gian 24 giờ sau phẫu thuật, có 82 BN (33,9%) dùng kháng sinh, trong đó phần lớn bệnh nhân được sử dụng cefoperazon (29,8%). Ngoài ra, BN cũng được chỉ định các phác đồ kháng sinh khác (như cefotaxime, doxycycline và metronidazol) với tỷ lệ nhỏ (3,7%).

Sau phẫu thuật trên 24 giờ, có 80 BN (33,0%) tiếp tục dùng kháng sinh, trong đó 2 BN (0,8%) dùng 3 - 4 ngày, 74 BN (30,6%) dùng 5 - 7 ngày, và 4 BN (1,6%) dùng trên 7 ngày. Kháng sinh được sử dụng chủ yếu trong giai đoạn này là cefoperazon (28,9% BN).



Hình 1. Tỷ lệ bệnh nhân sử dụng các phác đồ kháng sinh theo thời điểm (N = 242)

3.3. Liều dùng, đường dùng của kháng sinh

Đường dùng: Các kháng sinh đều được sử dụng qua đường tĩnh mạch ngoại trừ amoxicillin và doxycyclin được dùng qua đường uống.

Liều dùng: Có 2 kháng sinh được sử dụng ở phần lớn bệnh nhân đó là cefazolin (được sử dụng ở 203 BN trong vòng 1 giờ trước phẫu thuật) và cefoperazon (được sử dụng ở 80 BN trong các ngày nằm viện). Liều dùng của 2 kháng sinh này được trình bày trong Bảng 3. Các bệnh nhân đều dùng kháng sinh ở mức liều thường dùng theo khuyến cáo về sử dụng KSDP của ASHP như: Cefazolin 2000 mg/lần, cefoperazon 1000 - 2000 mg/lần.

Bảng 3. Liều dùng của cefazolin và cefoperazon

Tên kháng sinh	Liều dùng	Số bệnh nhân (%) (n = 242)
Cefazolin	2000mg/lần tiêm trước khi rạch da	203 (83,9)
Cefoperazon	1000 mg/lần × 2 lần/ngày	79 (32,6)
Cefoperazon	2000 mg/lần × 2 lần/ngày	1 (0,4)

3.4. Các yếu tố liên quan đến việc sử dụng kháng sinh kéo dài hơn 24 giờ sau phẫu thuật**Bảng 4. Các yếu tố liên quan đến việc kéo dài sử dụng kháng sinh trong mẫu nghiên cứu**

Đặc điểm mẫu nghiên cứu		Nhóm BN kéo dài sử dụng kháng sinh (n = 80)	Nhóm BN chỉ sử dụng trong 24h sau phẫu thuật (n = 162)	p
Tuổi	Tuổi < 18	0 (0,0%)	2 (1,2%)	0,452
	Tuổi 18 - 35	66 (82,5%)	138 (85,2%)	
	Tuổi > 35	14 (17,5%)	22 (13,6%)	
Lý do chỉ định mổ lấy thai	Bất thường do mẹ	5 (6,3%)	11 (6,8%)	0,874
	Bất thường do thai	19 (24,1%)	58 (35,6%)	0,058
	Vỡ ối >12 giờ hoặc ối bẩn	20 (25,3%)	29 (17,8%)	0,196
	Tiền sử đẻ mổ	52 (65,0%)	79 (48,5%)	0,017
Số lần sinh	Lần đầu	22 (27,5%)	49 (30,2%)	0,868
	Lần thứ 2	32 (40,0%)	65 (40,1%)	
	Lần thứ 3 trở lên	26 (32,5%)	48 (29,7%)	
Số lần mổ trước đó	Chưa lần nào	28 (35,0%)	83 (51,2%)	0,011
	1 lần	38 (47,5%)	69 (42,6%)	
	2 lần	13 (16,3%)	10 (6,2%)	
	3 lần	1 (1,2%)	0 (0,0%)	
Chỉ số NNIS	Chỉ số NNIS = 0	43 (53,8%)	94 (58,0%)	0,528
	Chỉ số NNIS ≥ 1	37 (46,2%)	68 (42,0%)	
Yếu tố nguy cơ nhiễm khuẩn khác	Mổ cấp cứu	8 (10,0%)	6 (3,7%)	0,048
	Có hội chứng SIRS	0 (0,0%)	3 (1,9%)	0,553
	ASA ≥ 3	9 (11,3%)	7 (4,3%)	0,041
	Thời gian phẫu thuật kéo dài > 1 giờ	6 (7,5%)	15 (9,3%)	0,647
	Bất thường ối	9 (11,3%)	0 (0,0%)	<0,001
	Bệnh mắc kèm	5 (6,3%)	0 (0,0%)	0,004
	Vết mổ để cũ dính	31 (38,8%)	0 (0,0%)	<0,001
	Co hồi tử cung kém/ Đờ tử cung	2 (2,5%)	0 (0,0%)	0,108
	Mổ lấy thai kết hợp với các thủ thuật khác	5 (6,3%)	0 (0,0%)	0,004

Trong 242 bệnh nhân, có 80 trường hợp dùng kháng sinh dự phòng kéo dài trên 24 giờ. Trong số các yếu tố nguy cơ của dùng kháng sinh kéo dài, bất

thường ối (gồm ối bẩn, thiếu ối/đa ối), bệnh mắc kèm, vết mổ để cũ dính và mổ lấy thai kết hợp thủ thuật khác (như đình sản, cắt u xơ tử cung, cắt u

buồng trứng...) có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm ($p < 0,05$). Đặc biệt, yếu tố vết mổ để cũ dính chiếm tỷ lệ cao nhất ở nhóm kéo dài sử dụng kháng sinh (38,8%) và không gặp ở nhóm chỉ sử dụng trong 24 giờ.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận đối tượng bệnh nhân chủ yếu có độ tuổi từ 18 đến 35 tuổi (204 bệnh nhân, chiếm 84,3%). Về chỉ định mổ lấy thai, nguyên nhân chủ yếu là do vết mổ để cũ (54,1%) và ối vỡ sớm (20,2%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Văn Dương⁸ và Nguyễn Thị Quỳnh Hương⁹. Tỷ lệ cao mổ lấy thai do vết mổ để cũ có thể liên quan đến tâm lý thận trọng của cán bộ y tế, thường tránh theo dõi chuyển dạ ở sản phụ có vết mổ cũ vì lo ngại biến chứng. Đây là vấn đề cần được quan tâm và thống nhất để hạn chế các chỉ định mổ lấy thai chưa thực sự hợp lý. Về các yếu tố nguy cơ NKVM, theo các nghiên cứu, một yếu tố nguy cơ là thời gian nằm viện dài hơn. Tuy nhiên, trong nghiên cứu hiện tại, thời gian nằm viện trước phẫu thuật của bệnh nhân tương đối ngắn (trung vị 19 giờ), vì vậy yếu tố này được đánh giá ít ảnh hưởng đến nguy cơ NKVM trong quần thể nghiên cứu. Ngoài ra, theo hướng dẫn của ASHP, thời gian phẫu thuật kéo dài > 2 giờ được xem là ngưỡng nguy cơ gây NKVM. Tuy nhiên, phần lớn ca mổ trong nghiên cứu hiện tại là mổ lấy thai với thời gian ngắn (trung vị 58 phút), chỉ 8,7% bệnh nhân có thời gian mổ > 60 phút, và không có ca nào kéo dài quá 90 phút. Điều này góp phần hạn chế nguy cơ NKVM liên quan đến yếu tố thời gian phẫu thuật. Khi đánh giá nguy cơ NKVM thông qua thang điểm ASA và NNIS, các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ NKVM tăng ở nhóm bệnh nhân có điểm ASA ≥ 3 hoặc điểm NNIS từ 0 đến 3¹⁰. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ có 16 bệnh nhân (6,6%) có điểm ASA ≥ 3 , và tất cả đều có điểm NNIS < 3, cho thấy phần lớn bệnh nhân thuộc nhóm nguy cơ thấp.

Về việc sử dụng kháng sinh trên BN mổ lấy thai tại trung tâm Y tế huyện Hải Hà, đặc điểm sử dụng kháng sinh trong nghiên cứu có nhiều điểm tương đồng với khuyến cáo về KSDP của ASHP 2013³. Về lựa chọn, kết quả nghiên cứu cho thấy 199/242 bệnh nhân (82,2%) được dùng cefazolin,

phù hợp với khuyến cáo của ASHP. Theo các tài liệu khuyến cáo, kháng sinh lựa chọn cho mổ lấy thai nên chọn kháng sinh có phổ bao phủ được các chủng vi khuẩn thường gặp khi phẫu thuật vùng chậu, trong đó KSDP được khuyến cáo phổ biến nhất cho phẫu thuật mổ lấy thai là cefazolin do các ưu điểm bao gồm thời gian tác dụng đủ dài, phạm vi tác dụng trên các vi khuẩn phổ biến gặp trong phẫu thuật, an toàn và chi phí thấp đã chứng minh được hiệu quả¹¹.

Về đường dùng thuốc, đường tiêm tĩnh mạch được khuyến cáo vì giúp nhanh chóng đạt nồng độ thuốc tối ưu trong máu và mô, nhờ đó kháng sinh phát huy hiệu quả ngay tại thời điểm vi khuẩn dễ xâm nhập nhất và ngăn ngừa lây lan xa vết mổ. Trong nghiên cứu này, 98,3% bệnh nhân được sử dụng kháng sinh theo đường tiêm tĩnh mạch trong vòng 1 giờ trước khi phẫu thuật, cho thấy việc tuân thủ khá tốt khuyến cáo về đường dùng.

Về thời điểm đưa thuốc, 98,3% bệnh nhân được chỉ định phác đồ kháng sinh được đưa thuốc trước thời điểm rạch da 0 - 60 phút, phù hợp với khuyến cáo ASHP. Tuy vậy, vẫn còn một tỷ lệ nhỏ BN (4,6%) được bắt đầu sử dụng kháng sinh sớm hơn so với thời gian khuyến cáo của KSDP mặc dù các bệnh nhân này không có các nhiễm khuẩn từ trước do nghiên cứu không thu nhận những BN đã nhiễm khuẩn từ trước.

Về thời gian dùng thuốc, phần lớn các bệnh nhân đều được dùng kháng sinh trong vòng 24 giờ sau phẫu thuật với 162 trường hợp (67,0 %). Kết quả này tương đồng so với đánh giá tại bệnh viện Bình Dân (61,7% - 76,1%) và cao hơn so với đánh giá tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh (54,5%)^{12, 13}.

Trong nghiên cứu này, vẫn còn có 80 bệnh nhân (33,0%) có thời gian dùng kháng sinh kéo dài sau phẫu thuật. Những trường hợp sử dụng kháng sinh kéo dài sau phẫu thuật liên quan có ý nghĩa thống kê đến việc BN có vết mổ để cũ dính nhiều, ối vỡ sớm, nước ối bẩn... hoặc mất máu trong quá trình phẫu thuật do tử cung co hồi kém, đờ tử cung, tiền lượng nhiễm khuẩn sau phẫu thuật cao. Đây có thể là nguyên nhân dẫn đến việc bác sĩ kéo dài thời gian sử dụng kháng sinh sau phẫu thuật. Tuy nhiên, do nghiên cứu thực hiện hồi cứu nên thiếu thông tin

cần thiết để đánh giá liệu bệnh nhân có nhiễm khuẩn hay có thực sự cần thiết kéo dài sử dụng kháng sinh hay không. Như vậy, kết quả này đã chỉ ra rằng bệnh viện nên tập trung xây dựng hướng dẫn KSDP trên nhóm bệnh nhân này và các tiêu chí cụ thể cho các trường hợp cần chuyển từ KSDP sang kháng sinh điều trị. Các hướng dẫn và bộ tiêu chí cần rõ ràng, dựa trên bằng chứng và có sự đồng thuận của các bác sĩ để làm căn cứ đánh giá KSDP và việc kéo dài sử dụng kháng sinh trong mổ lấy thai, và là cơ sở để giám sát, tối ưu hóa việc tuân thủ quy trình KSDP tại đơn vị.

Nghiên cứu của chúng tôi còn một số hạn chế nhất định. Do sử dụng thiết kế mô tả hồi cứu và việc thu thập dữ liệu qua hồ sơ bệnh án hồi cứu dẫn đến thiếu hụt một số thông tin chi tiết, gây khó khăn cho việc đánh giá tính hợp lý việc sử dụng KSDP. Kết quả thu được chủ yếu phản ánh thực trạng sử dụng KSDP và phát hiện các điểm tiềm ẩn chưa phù hợp trong thực hành lâm sàng, chứ chưa thể đánh giá được tính phù hợp. Ngoài ra, việc xem xét các yếu tố liên quan với việc kéo dài sử dụng kháng sinh dựa trên việc phân tích đơn biến, do đó chưa khẳng định được mối liên quan chặt chẽ của các yếu tố và việc kéo dài thời gian sử dụng kháng sinh. Mặc dù tồn tại những hạn chế này, nghiên cứu đã chỉ ra được các nguy cơ chưa hợp lý cốt lõi và các nhóm đối tượng cần chú trọng, qua đó đạt được mục tiêu đề ra là cung cấp cơ sở dữ liệu thực tế giúp bệnh viện định hướng, điều chỉnh và hoàn thiện chương trình KSDP trong tương lai.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy việc sử dụng kháng sinh trong mổ lấy thai tại Trung tâm Y tế huyện Hải Hà có tỷ lệ cao tuân theo nguyên tắc của việc sử dụng KSDP, tuân thủ tốt các khuyến cáo hiện hành. Cần tiếp tục cập nhật hướng dẫn tại cơ sở, xây dựng phác đồ thống nhất và chỉ định KSDP hợp lý dựa trên phân tầng nguy cơ để nâng cao hiệu quả phòng ngừa NKVM.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2023) *Hướng dẫn giám sát nhiễm khuẩn vết mổ*. Ban hành kèm theo Quyết định số 1526/QĐ-BYT.
2. Lê Thị Thu Hà (2016) *Yếu tố nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ sau mổ lấy thai tại Bệnh viện Từ Dũ*. Y học Việt Nam, 443(2), tr. 1-2.
3. Pharmacists ASOH-S (2013) *ASHP therapeutic guidelines on antimicrobial prophylaxis in surgery*. Am J Health Syst Pharm.
4. Bộ Y tế (2015) *Hướng dẫn sử dụng kháng sinh*. Nhà Xuất bản Y học Hà Nội.
5. De Jonge SW, Gans SL, Atema JJ, Solomkin JS, Dellinger PE, Boermeester MA (2017) *Timing of preoperative antibiotic prophylaxis in 54,552 patients and the risk of surgical site infection: A systematic review and meta-analysis*. Medicine 96(29): 6903.
6. American Society of Anesthesiologists (2020) *Statement on ASA Physical Status Classification System*.
7. Culver DH, Horan TC, Gaynes RP et al (1991) *Surgical wound infection rates by wound class, operative procedure, and patient risk index*. National Nosocomial Infections Surveillance System. Am J Med 91(3B): 152S-157S.
8. Nguyễn Văn Dương (2019) *Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến sử dụng kháng sinh dự phòng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh*. Luận văn Thạc sĩ, Đại học Y Hà Nội.
9. Trần Thị Hương Ngát (2019) *Đánh giá việc sử dụng kháng sinh dự phòng trong mổ lấy thai tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Cẩm Phả*. Luận văn CKII, Đại học Y Dược Thái Nguyên.
10. Pharmacists ASOH-S (2014) *ASHP therapeutic guidelines on antimicrobial prophylaxis in surgery*. Am J Health Syst Pharm.
11. Bratzler DW, Dellinger EP, Olsen KM, Perl TM, Auwaerter PG, Bolon MK et al (2013) *Clinical practice guidelines for antimicrobial prophylaxis in surgery*. Surgical infections 14(1): 73-156.
12. Bùi Hồng Ngọc, Nguyễn Tuấn Dũng, Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng (2018) *Đánh giá hiệu quả chương trình quản lý kháng sinh trong sử dụng kháng sinh dự phòng tại các khoa Ngoại-Bệnh viện Bình Dân*. Y Học TP Hồ Chí Minh 22(1): 148-54.
13. Phạm Thị Kim Huệ, Đặng Nguyễn Đoàn Trang (2018) *Khảo sát việc sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật Sạch, Sạch nhiễm tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh*. Y học TP. Hồ Chí Minh, 22(1): 83-88.