

THE USE OF SURGICAL ANTIBIOTIC PROPHYLAXIS AT NGUYEN DINH CHIEU HOSPITAL - BEN TRE IN 2019

Huynh Trung Cang^{1*}, Bui Tung Hiep², Tran Anh Duc³

¹Ben Tre provincial Social Insurance - 14C3 Dong Khoi avenue, Ben Tre city, Ben Tre province, Vietnam

²Pham Ngoc Thach University of Medicine - 2 Duong Quang Trung, district 10, Ho Chi Minh city, Vietnam

³Vietnam Military Medical University - 160 Phung Hung, Ha Dong District, Hanoi, Vietnam

Received: 18/4/2025

Revised: 22/4/2025; Accepted: 06/5/2025

ABSTRACT

Objective: To survey the use of surgical antibiotic prophylaxis at Nguyen Dinh Chieu Hospital - Ben Tre from January 1, 2019 to September 30, 2019.

Method: A descriptive cross-sectional study was conducted on all medical records of surgical patients who received antibiotic prophylaxis at Nguyen Dinh Chieu Hospital - Ben Tre during the study period. Data collected included types of antibiotics, combination regimens, route of administration, and timing of the first dose.

Results: A total of 2722 instances of antibiotic use were recorded. Amoxicillin/Sulbactam accounted for the highest proportion (28.6%), followed by Metronidazole (27.6%) and Ceftezol (19.1%). Single-antibiotic regimens represented 50.5% of all cases, predominantly Penicillin combined with β -lactamase inhibitors (63.3%). Regarding the route of administration, intravenous injection was predominant, accounting for 60.7% of cases. However, the timing of antibiotic prophylaxis was not optimal: only 3.2% of patients received the first dose within 120 minutes before incision, while 66.1% received it within one hour after surgery.

Conclusion: The use of surgical antibiotic prophylaxis at Nguyen Dinh Chieu Hospital - Ben Tre showed several limitations, particularly regarding the choice of antibiotics and timing of administration. It is necessary to establish internal hospital guidelines for antibiotic prophylaxis to improve infection prevention effectiveness and reduce the risk of antimicrobial resistance.

Keywords: Surgical antibiotic prophylaxis, surgery, Nguyen Dinh Chieu Hospital - Ben Tre.

*Corresponding author

Email: canghuynhtrung1975@gmail.com Phone: (+84) 397825405 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD5.2456>



TÌNH HÌNH SỬ DỤNG KHÁNG SINH DỰ PHÒNG PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN NGUYỄN ĐÌNH CHIỂU - BẾN TRE NĂM 2019

Huỳnh Trung Cang^{1*}, Bùi Tùng Hiệp², Trần Anh Đức³

¹Bảo hiểm Xã hội tỉnh Bến Tre - 14C3 Đại lộ Đồng Khởi, TP Bến Tre, tỉnh Bến Tre, Việt Nam

²Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch - 2 Dương Quang Trung, quận 10, TP Hồ Chí Minh, Việt Nam

³Học viện Quân y - 160 Phùng Hưng, quận Hà Đông, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 18/4/2025

Ngày chỉnh sửa: 22/4/2025; Ngày duyệt đăng: 06/5/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tình hình sử dụng kháng sinh dự phòng phẫu thuật tại Bệnh viện Nguyễn Đình Chiểu - Bến Tre từ 1/1/2019 đến 30/9/2019.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên toàn bộ hồ sơ bệnh án của người bệnh phẫu thuật có sử dụng kháng sinh dự phòng tại Bệnh viện Nguyễn Đình Chiểu - Bến Tre từ 1/1/2019 đến 30/9/2019. Các thông tin thu thập gồm loại kháng sinh, phác đồ phối hợp, đường dùng, và thời điểm sử dụng liều đầu tiên.

Kết quả: Tổng cộng 2722 lượt sử dụng kháng sinh được ghi nhận. Amoxicillin/Sulbactam chiếm tỉ lệ cao nhất (28,6%), tiếp theo là Metronidazol (27,6%) và Ceftezol (19,1%). Phác đồ đơn kháng sinh chiếm 50,5% tổng số lượt, chủ yếu là Penicillin kết hợp UC β -lactamase (63,3%). Về đường dùng, tiêm tĩnh mạch chiếm ưu thế với 60,7% số lượt. Tuy nhiên, thời điểm sử dụng kháng sinh dự phòng chưa hợp lý, chỉ 3,2% người bệnh được dùng liều đầu trong vòng 120 phút trước rạch da; 66,1% được sử dụng sau phẫu thuật trong vòng 1 giờ.

Kết luận: Việc sử dụng kháng sinh dự phòng tại Bệnh viện Nguyễn Đình Chiểu - Bến Tre còn nhiều bất cập, đặc biệt về lựa chọn kháng sinh và thời điểm sử dụng. Cần thiết lập hướng dẫn nội viện về sử dụng kháng sinh dự phòng nhằm nâng cao hiệu quả phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ và giảm nguy cơ kháng thuốc.

Từ khóa: Kháng sinh dự phòng, phẫu thuật, Bệnh viện Nguyễn Đình Chiểu - Bến Tre.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn vết mổ (NKVM) là một nhiễm trùng phổ biến tại bệnh viện, là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở người bệnh được phẫu thuật trên toàn thế giới [1]. NKVM còn gây ra tỉ lệ mắc bệnh và tử vong cao của người bệnh, và tạo ra gánh nặng đáng kể về chi phí y tế cho người chi trả cũng như toàn hệ thống y tế [1], [2].

Kháng sinh (KS) dự phòng là một trong những biện pháp hiệu quả giúp giảm tỉ lệ NKVM đã được Bộ Y tế khuyến cáo hiện nay [3]. Sử dụng KS dự phòng hợp lý có thể làm giảm ít nhất 50% nguy cơ nhiễm khuẩn sau phẫu thuật, góp phần làm giảm gánh nặng kinh tế cho người bệnh, bệnh viện và xã hội, cũng như giảm tỉ lệ đề kháng KS [4]. Tại một số bệnh viện ở Việt Nam, tỉ lệ sử dụng KS dự phòng nhìn chung còn thấp và có nhiều rào cản trong việc áp dụng hướng dẫn sử dụng KS dự phòng trên thực hành lâm sàng [5]. Vì vậy, vấn đề đặt ra là nhu cầu cần xây dựng và triển khai các chương trình KS dự phòng lồng ghép trong chương trình quản lý sử dụng KS chung nhằm nâng cao chất

lượng sử dụng KS tại khoa ngoại tại các bệnh viện.

Bệnh viện Nguyễn Đình Chiểu - Bến Tre là một bệnh viện có số lượng người bệnh phẫu thuật lớn, tuy vậy nghiên cứu về tình hình sử dụng KS dự phòng tại đây vẫn còn hạn chế. Vì vậy, đề tài nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu khảo sát tình hình sử dụng KS dự phòng phẫu thuật tại Bệnh viện Nguyễn Đình Chiểu - Bến Tre giai đoạn từ 1/1/2019 đến 30/9/2019.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành trên tất cả hồ sơ bệnh án của người bệnh có sử dụng dịch vụ phẫu thuật và có sử dụng KS dự phòng đã nhập viện điều trị tại Bệnh viện Nguyễn Đình Chiểu - Bến Tre giai đoạn từ tháng 1 đến tháng 9 năm 2019.

- Tiêu chuẩn chọn mẫu: hồ sơ bệnh án của người bệnh sử dụng dịch vụ phẫu thuật/thủ thuật có dùng KS dự phòng được điều trị Bệnh viện Nguyễn Đình Chiểu - Bến Tre giai đoạn từ tháng 1 đến tháng 9 năm 2019.

*Tác giả liên hệ

Email: canghuynhtrung1975@gmail.com Điện thoại: (+84) 397825405 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD5.2456>

- Tiêu chuẩn loại trừ: để đảm bảo tính chính xác và toàn vẹn của dữ liệu, các trường hợp không có đủ thông tin lâm sàng cần thiết trong hồ sơ bệnh án đã bị loại trừ khỏi quá trình phân tích.

Theo các tiêu chuẩn trên, chúng tôi thu thập được mẫu nghiên cứu $n = 2722$.

2.2. Thiết kế nghiên cứu

- Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp mô tả cắt ngang.

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Nguyễn Đình Chiểu - Bến Tre.

- Thời gian nghiên cứu: tháng 1 đến tháng 9 năm 2019.

2.3. Thu thập dữ liệu và chỉ tiêu nghiên cứu

Dữ liệu nghiên cứu được thu thập từ hệ thống lưu trữ hồ sơ bệnh án của bệnh viện. Dữ liệu thu thập bao gồm:

- Số lượt sử dụng KS dự phòng NKVM.
- Phác đồ phối hợp KS dự phòng.
- Đường dùng KS theo số lượt sử dụng.
- Thời điểm sử dụng liều đầu của KS dự phòng.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ chặt chẽ các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu y học. Dữ liệu bệnh nhân được bảo vệ nghiêm ngặt nhằm đảm bảo không tiết lộ danh tính hoặc thông tin nhạy cảm, đồng thời chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Quá trình thu thập, phân tích và báo cáo dữ liệu được thực hiện một cách khách quan, trung thực và minh bạch, phù hợp với các tiêu chuẩn đạo đức nghiên cứu quốc tế và quy định về bảo vệ quyền lợi người tham gia nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Số lượt sử dụng KS

Bảng 1. Số lượt bệnh nhân sử dụng KS dự phòng NKVM ($n = 2722$)

Tên thuốc	n	%
Amoxicilin/Sulbactam	777	28,6
Ceftazolid	520	19,1
Ceftizoxim	267	9,8
Cefoperazon/Sulbactam	88	3,2
Metronidazol	752	27,6
Ciprofloxacin	272	10,0
Moxifloxacin	5	0,2
Levofloxacin	24	0,9
Cefuroxim	17	0,6

KS dự phòng nhóm β -lactam và chất ức chế emzym betalactamase được sử dụng nhiều nhất là Amoxicillin và Sulbactam với 777 lượt sử dụng (28,6%). Ceftazolid là KS dự phòng Cephalosporin thế hệ I thường được khuyến cáo trong phẫu thuật với 19,1% số lượt sử dụng.

Ngoài ra, Metronidazol là KS thường được sử dụng trong các phối hợp KS với tổng lượt sử dụng là 752 lượt (27,6%) chỉ sau Amoxicillin phối hợp Sulbactam.

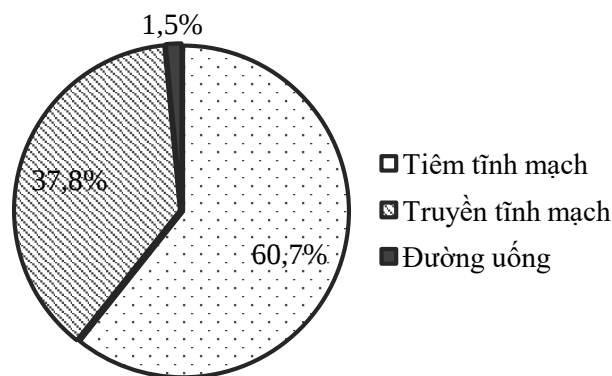
3.2. Phác đồ phối hợp KS dự phòng

Bảng 2. Phác đồ phối hợp KS dự phòng trong NKVM

Số lượt KS	n	%
Phác đồ đơn KS	836	100,0
Penicillin/ UC β -lactamase	529	63,3
C3G	191	22,8
C1G	75	9,0
FQ	24	2,9
C2G	17	2,0
Phác đồ 2 KS	648	100,0
C1G + Metronidazol	240	37,0
Penicillin/ UC β -lactamase + Metronidazol	248	38,3
C3G + Metronidazol	76	11,7
C1G + FQ	84	13,0
Phác đồ 3 KS	175	100,0
C1G + FQ + Metronidazol	100	57,1
C3G/UC β -lactamase + FQ + Metronidazol	75	42,9
C1G: cephalosporin thế hệ I C2G: cephalosporin thế hệ II C3G: cephalosporin thế hệ III UC β -lactamase: chất ức chế enzym β -lactamase FQ: Floroquinolon		

Đa số bệnh nhân sử dụng phác đồ đơn KS với 836 lượt (50,5%), chủ yếu là Penicillin kết hợp UC β -lactamase (63,3%). Phác đồ 2 KS chiếm 648 lượt, phổ biến nhất là phối hợp C1G với Metronidazol và Penicillin/UC β -lactamase với Metronidazol. Phác đồ 3 KS chiếm tỉ lệ thấp (175 lượt), trong đó phối hợp Cephalosporin, Floroquinolon và Metronidazol chiếm 42,9%.

3.3. Đường dùng KS theo số lượt sử dụng

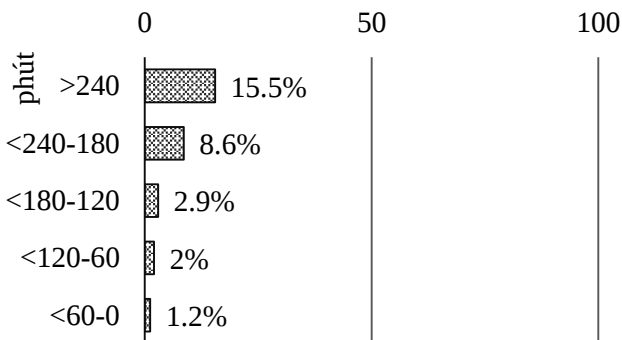


Biểu đồ 1. Tỷ lệ các đường dùng các KS dự phòng

Nghiên cứu về đường dùng KS dự phòng của 407 ca phẫu thuật có sử dụng KS dự phòng cho thấy đường tiêm tĩnh mạch chiếm tỉ lệ cao nhất với gần 2/3 số ca áp dụng đường dùng này (60,7%) bao gồm 1652 lượt KS sử dụng. Có 37,8% ca phẫu thuật phải truyền tĩnh mạch các KS dự phòng cho người bệnh. Tỉ lệ KS đường uống trong nghiên cứu này khá thấp với chỉ 1,5% chủ yếu là trong giai đoạn trước phẫu thuật.

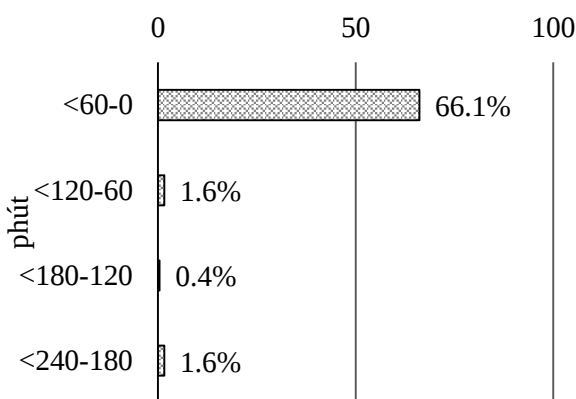
3.4. Thời điểm sử dụng liều đầu của KS dự phòng

Tỉ lệ người bệnh dùng KS dự phòng lần đầu tương ứng với các khoảng thời gian trong ngày phẫu thuật được trình bày trong biểu đồ 2. Theo đó có 15,5% người bệnh đã sử dụng KS trong khoảng thời gian > 240 phút trước khi rạch da. Tỉ lệ này giảm dần đến còn 1,2% sử dụng trong thời gian dưới 60 phút trước thời điểm rạch da.



Biểu đồ 2. Tỉ lệ người dùng KS trước phẫu thuật tính theo thời điểm sử dụng đầu tiên

Tỉ lệ người bệnh dùng KS dự phòng lần đầu tương ứng với các khoảng thời gian tính từ lúc hoàn tất phẫu thuật trên 407 người bệnh được trình bày trong biểu đồ 3, trong đó 66,1% người bệnh đã sử dụng KS trong khoảng thời gian < 60 phút sau khi hoàn thành phẫu thuật. Tỉ lệ này giảm mạnh xuống còn 1,6% sử dụng trong thời gian 240 phút sau khi hoàn thành phẫu thuật.



Biểu đồ 3. Tỉ lệ người dùng KS sau phẫu thuật tính theo thời điểm sử dụng đầu tiên

4. BÀN LUẬN

4.1. Lựa chọn và phác đồ KS dự phòng

Trong nghiên cứu này, số lượt sử dụng phác đồ đơn KS và phác đồ gồm từ 2 KS trở lên tương đương nhau, với tỉ lệ lần lượt là 50,4% và 49,6%, trong đó có 836 lượt sử dụng đơn KS trên người bệnh (chiếm 31,4%) trong

nhóm phẫu thuật có khuyến cáo của ASHP về dùng KS dự phòng phối hợp, gồm phẫu thuật cắt ruột thừa, vùng đầu và cổ, tiết niệu, đại trực tràng. Tỉ lệ cao người bệnh sử dụng phác đồ KS phối hợp có thể còn do số lượng người bệnh phẫu thuật bản và phẫu thuật nhiễm trong mẫu nghiên cứu lớn. Theo hướng dẫn sử dụng KS của Bộ Y tế (2015), với các phẫu thuật bản và nhiễm, ngoài mục đích dự phòng, KS sử dụng trên các bệnh nhân này còn đóng vai trò điều trị [3]. Đây có thể là lý do dẫn đến việc nhiều người bệnh trong mẫu nghiên cứu cần sử dụng từ 2 KS trở lên trong phác đồ KS dự phòng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các KS dự phòng thường được sử dụng gồm: Amoxicilin/Sulbactam (28,5%), Metronidazol (27,6%), Ceftezol (19,1%), Ceftizoxim (9,8%), Ciprofloxacin (10%). Kết quả so sánh lựa chọn KS dự phòng trong nghiên cứu này với khuyến cáo của ASHP (2013) cho thấy không có người bệnh nào được lựa chọn KS phù hợp hoàn toàn theo tài liệu này [6].

Amoxicilin/Sulbactam được sử dụng theo kiểu dự phòng phổ biến nhất tại bệnh viện nhưng không nằm trong cả khuyến cáo của ASHP (2013) và Hướng dẫn sử dụng KS của Bộ Y tế (2015) [3], [6]. Ngoài ra, chúng tôi cũng không tìm thấy hướng dẫn nào khuyến cáo sử dụng Amoxicilin/Sulbactam trong dự phòng NKVM. Tờ hướng dẫn sử dụng của biệt dược được sử dụng tại bệnh viện cũng không có chỉ định này. Do đó, cần xem xét lại việc sử dụng KS Amoxicilin/Sulbactam với chỉ định KS dự phòng.

4.2. Liều dùng của KS

Để đạt được được mục tiêu dự phòng NKVM, KS dự phòng cần được sử dụng với liều phù hợp sao cho nồng độ trong máu và tại mô đủ để ức chế vi khuẩn tại vị trí rạch da không phát triển thành nhiễm khuẩn [7]. Liều dùng của KS dự phòng thường tương đương với liều điều trị một lần cao nhất được khuyến cáo của KS đó. Trong nghiên cứu này, đa số KS dự phòng được sử dụng với liều thường dùng và không thay đổi trong giai đoạn trước hay sau phẫu thuật. Thậm chí, một số trường hợp còn dùng liều thấp hơn liều thường dùng được khuyến cáo như Ciprofloxacin truyền tĩnh mạch với liều 200 mg trên 235 người bệnh (8,6%) hoặc Amoxicilin/Sulbactam tiêm tĩnh mạch 500/250 mg trên 528 người bệnh (19,4%). Trong mẫu nghiên cứu, chỉ có 66 người bệnh (2,4%) được dùng liều KS cao hơn khuyến cáo (Metronidazol truyền tĩnh mạch 1000 mg). Việc sử dụng KS dự phòng với liều thấp hơn so với khuyến cáo có thể không đủ đem lại hiệu quả dự phòng NKVM cho người bệnh, nhất là trong bối cảnh 81,6% người bệnh trong mẫu nghiên cứu có ít nhất 1 yếu tố nguy cơ gây NKVM.

Mặc dù nghiên cứu chưa đánh giá tỉ lệ sử dụng hợp lý KS dự phòng theo hướng dẫn của Bộ Y tế, tuy nhiên một nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh chỉ có tỉ lệ sử dụng hợp lý là 46,8%. Điều này giải thích nguyên nhân Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh đã xây

dùng hướng dẫn KS dự phòng của bệnh viện nên tỉ lệ tuân thủ cao hơn, vì vậy chúng tôi đề nghị Bệnh viện Nguyễn Đình Chiểu - Bến Tre nên xây dựng hướng dẫn sử dụng KS dự phòng hợp lý dựa vào tình hình sử dụng KS trong nghiên cứu này [8].

Trong số các người bệnh có chỉ định KS dự phòng hợp lý, không có người bệnh nào phẫu thuật kéo dài quá 3,75 giờ, không có trường hợp nào được kê Amoxicilin/Sulbactam có thời gian phẫu thuật kéo dài quá 1,5 giờ. Chỉ có 1 người bệnh mất máu đến 1500 ml trong khi phẫu thuật nhưng không được bổ sung KS theo hướng dẫn. Không bổ sung liều KS dự phòng hợp lý làm giảm nồng độ KS trong quá trình phẫu thuật, dẫn đến giảm hiệu quả ngăn ngừa NKVM [6].

4.3. Đường dùng của KS

Đối với hầu hết các phẫu thuật, KS dự phòng thường được khuyến cáo sử dụng theo đường tiêm tĩnh mạch do tốc độ hấp thu nhanh, đạt nồng độ cao trong máu và tại vị trí phẫu thuật và có thể dự đoán được, đồng thời ít bị ảnh hưởng bởi các yếu tố ảnh hưởng đến hấp thu hơn đường uống [6]. Trong số 407 người bệnh có sử dụng KS dự phòng, KS theo đường tiêm tĩnh mạch chiếm đa số các trường hợp dùng KS dự phòng. Tuy nhiên, cùng với đường tiêm tĩnh mạch, người bệnh trong mẫu nghiên cứu còn được kết hợp sử dụng KS theo đường truyền tĩnh mạch và đường uống, trong đó đường truyền tĩnh mạch được thực hiện trên 37,8% số người bệnh và đường uống trên 1,5% số người bệnh. KS dự phòng đường uống đã được đánh giá, chứng minh hiệu quả và chỉ khuyến cáo dự phòng trong phẫu thuật đại trực tràng [6]. Chúng tôi ghi nhận được một vài trường hợp người bệnh phẫu thuật đại trực tràng có sử dụng KS đường uống.

4.4. Thời điểm sử dụng KS dự phòng

Thời điểm dùng liều đầu của KS dự phòng là yếu tố then chốt quyết định hiệu quả dự phòng NKVM của KS dự phòng trên người bệnh phẫu thuật. Thời điểm dùng KS không hợp lý sẽ không đảm bảo nồng độ thuốc đủ để ức chế vi khuẩn tại vị trí phẫu thuật trong thời gian tiến hành phẫu thuật [6]. Hướng dẫn hiện tại của các hiệp hội chuyên ngành trong lĩnh vực ngoại khoa trên thế giới cũng như Hướng dẫn sử dụng KS của Bộ Y tế đều khuyến cáo KS dự phòng dùng trong vòng 60 phút trước phẫu thuật (120 phút với Vancomycin và các Fluoroquinolon) [3], [9]. Một nghiên cứu tổng quan hệ thống và phân tích gộp chỉ ra rằng, tỉ lệ NKVM không có khác biệt rõ ràng khi KS dự phòng sử dụng trong vòng 120 đến 60 phút trước phẫu thuật hoặc trong vòng 60 phút trước phẫu thuật (OR: 1,22; 95%CI: 0,92-1,61) [9]. Bên cạnh đó, Tổ chức Y tế thế giới khuyến cáo thời điểm sử dụng KS dự phòng nên được thực hiện trong vòng 120 phút trước thời điểm rạch da [1]. Trong thực hành lâm sàng, do nhiều yếu tố ảnh hưởng, việc sử dụng KS trong vòng 120 phút trước phẫu thuật cũng dễ tuân thủ hơn.

Trong số người bệnh sử dụng KS dự phòng của mẫu nghiên cứu, chỉ có 8 người bệnh (3,2%) được sử dụng KS trong vòng 120 phút trước thời điểm rạch da. Đây là một tỉ lệ rất nhỏ khi so sánh với kết quả nghiên cứu tại nhiều bệnh viện khác. Nghiên cứu của Bùi Hồng Ngọc và cộng sự về đánh giá hiệu quả chương trình quản lý KS trong sử dụng KS dự phòng tại các khoa ngoại, Bệnh viện Bình Dân cho kết quả về tỉ lệ KS dự phòng được dùng ở thời điểm hợp lý trước và sau can thiệp lần lượt là 81% và 94,9% [10]. Nghiên cứu của Phạm Thị Kim Huệ và cộng sự khảo sát sử dụng KS dự phòng trong phẫu thuật sạch, sạch nhiễm tại Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh cho kết quả 91,9% người bệnh được sử dụng KS dự phòng tại thời điểm hợp lý [8]. KS dự phòng sử dụng trước thời điểm rạch da 120 phút làm tăng tỉ lệ NKVM lên gấp 5 lần so với sử dụng trong vòng 120 phút trước rạch da (OR: 5,26; 95%CI: 3,29-8,39). Trong khi đó, KS dự phòng sử dụng sau thời điểm rạch da làm tăng tỉ lệ NKVM gấp 2 lần so với khi sử dụng trước rạch da (OR: 1,89; 95%CI: 1,05-3,40) [9]. Trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi có đến gần 70% người bệnh dùng liều khởi đầu KS dự phòng sau phẫu thuật, chủ yếu là trong vòng 1 giờ đầu (66,1%), 27% người bệnh dùng liều đầu trước thời điểm rạch da nhiều hơn 120 phút. Kết quả này có thể dẫn đến tỉ lệ xuất hiện NKVM sau phẫu thuật cao, đặc biệt là các NKVM sau khi người bệnh ra viện không theo dõi được. Kết quả chỉ có 3 người bệnh trong mẫu nghiên cứu xuất hiện NKVM nông (chiếm 0,7%) và không có người bệnh nào NKVM sâu hoặc xuất hiện nhiễm khuẩn xa sau phẫu thuật có thể chưa phản ánh đầy đủ nguy cơ nhiễm khuẩn này.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên tổng cộng 2722 lượt sử dụng KS dự phòng được ghi nhận, chúng tôi nhận thấy KS Amoxicillin/Sulbactam chiếm tỉ lệ cao nhất (28,6%), tiếp theo là Metronidazol (27,6%) và Ceftezol (19,1%). Phác đồ đơn KS chiếm 50,5% tổng số lượt, chủ yếu là Penicillin kết hợp UC β -lactamase (63,3%). Về đường dùng, tiêm tĩnh mạch chiếm ưu thế với 60,7% số lượt. Tuy nhiên, thời điểm sử dụng KS dự phòng chưa hợp lý, chỉ có 3,2% người bệnh được dùng liều đầu trong vòng 120 phút trước rạch da; 66,1% được sử dụng sau phẫu thuật trong vòng 1 giờ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] World Health Organization. Global guidelines for the prevention of surgical site infection, Geneva, 2016.
- [2] Bộ Y tế. Hướng dẫn phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2012.
- [3] Bộ Y tế. Hướng dẫn sử dụng kháng sinh. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2015.
- [4] Altemeier A, Bruke J.F. Definitions and classifications of surgical infections. Manual on control of infection in surgical patients, 1993, 1: 19-30.

- [5] Nguyễn Việt Hùng. Đặc điểm dịch tễ học nhiễm khuẩn vết mổ và tình hình sử dụng kháng sinh ở bệnh nhân phẫu thuật tại một số bệnh viện tỉnh phía Bắc năm 2008. Tạp chí Y học thực hành, 2010, 705 (2): 48-52.
- [6] Bratzler Dale W, Dellinger E Patchen, Olsen Keith M et al. Clinical practice guidelines for antimicrobial prophylaxis in surgery. Surgical infections, 2013, 14 (1): 73-156.
- [7] Mangram Alicia J, Horan Teresa C, Pearson Michele L et al. Guideline for prevention of surgical site infection, 1999. Infection Control & Hospital Epidemiology, 1999, 20 (4): 247-280.
- [8] Phạm Thị Kim Huệ, Đặng Nguyễn Đoan Trang. 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. Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh, 2018, 22 (1): 83-88.
- [9] de Jonge Stijn Willem, Gans Sarah L, Atema Jasper J et al. Timing of preoperative antibiotic prophylaxis in 54,552 patients and the risk of surgical site infection: A systematic review and meta-analysis. Medicine, 2017, 96 (29).
- [10] Bùi Hồng Ngọc, Nguyễn Tuấn Dũng và cộng sự. 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. Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh, 2018, 22 (1): 148-154.