

DOI: <https://doi.org/10.59294/HIUJS.24.2023.320>

Tình hình sử dụng kháng sinh trong phẫu thuật lấy thai tại Bệnh viện Chuyên Khoa Sản - Nhi Tỉnh Sóc Trăng

Thái Thanh Quang¹ và Nguyễn Thị Thu Hương^{2*}¹Bệnh viện Chuyên Khoa Sản - Nhi Tỉnh Sóc Trăng²Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhiễm khuẩn trong mổ lấy thai có thể gây ra những tác hại nghiêm trọng đến sức khỏe của bệnh nhân. Mục tiêu: Khảo sát tình hình sử dụng kháng sinh trong phẫu thuật lấy thai tại Bệnh viện Chuyên Khoa Sản-Nhi Tỉnh Sóc Trăng. Đối tượng và phương pháp: Mô tả cắt ngang, không can thiệp thông qua hồ sơ cứu 200 bệnh án ra viện đạt các tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ. Thời gian lấy mẫu nghiên cứu từ ngày 01/06/2020 đến ngày 31/12/2020. Kết quả: Nhóm bệnh nhân từ 21-29 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (48.0%); 62,5% là sinh con lần 2; 6,5% bệnh nhân đã từng mổ một lần; 67,5% bệnh nhân được chỉ định mổ là do bất thường từ mẹ. Nhóm kháng sinh beta-lactam được sử dụng nhiều nhất (99%), trong đó amoxicilin chiếm tỷ lệ cao nhất (98%). Thời gian sử dụng kháng sinh dưới 7 ngày chiếm 69%. Bệnh nhân sử dụng kháng sinh đa trị liệu 2 thuốc có amoxicilin (72%). Chỉ có 1,5% trường hợp sử dụng kháng sinh dự phòng đúng thời điểm. Không ghi nhận có phản ứng phụ sau khi sử dụng kháng sinh. Kết luận: Việc sử dụng kháng sinh trong phẫu thuật lấy thai đã được thực hiện hợp lý. Lưu ý giám sát việc sử dụng kháng sinh dự phòng để đảm bảo phù hợp với mỗi trường hợp cụ thể.

Từ khóa: Kháng sinh, phẫu thuật lấy thai, Bệnh viện Chuyên Khoa Sản - Nhi Tỉnh Sóc Trăng

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật lấy thai có nguy cơ nhiễm trùng gấp 5-20 lần so với sinh ngã âm đạo. Nhiễm khuẩn vết mổ là một vấn đề quan trọng trong phẫu thuật lấy thai vì có thể gây ra những tác hại nghiêm trọng cho sức khỏe của sản phụ và thai nhi, tăng chi phí điều trị và kéo dài thời gian phục hồi sau phẫu thuật [1]. Ngoài ra, nhiễm khuẩn vết mổ còn làm tăng vấn đề lạm dụng kháng sinh và đề kháng kháng sinh. Việc sử dụng kháng sinh dự phòng, giữ vết mổ khô và kiểm soát điều kiện môi trường là các biện pháp phòng ngừa hiệu quả có thể giảm đáng kể tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ sau phẫu thuật. Chính vì thế, sử dụng kháng sinh dự phòng phải được thực hiện một cách hợp lý với lựa chọn kháng sinh chính xác, thời gian sử dụng kháng sinh sau phẫu thuật phù hợp và thời điểm đưa liều dự phòng phù hợp [2 - 3]. Để

giảm tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ trong lấy thai, việc xây dựng và triển khai các đề án về kháng sinh dự phòng trong chương trình quản lý sử dụng kháng sinh là rất cần thiết. Tại Bệnh viện Chuyên Khoa Sản-Nhi Tỉnh Sóc Trăng, số lượng sản phụ phẫu thuật mổ lấy thai lớn (hơn 40% các sản phụ nhập viện) do đó việc khảo sát tình hình sử dụng kháng sinh trên sản phụ mổ lấy thai là vấn đề cần thiết để đảm bảo việc chỉ định được an toàn và hiệu quả.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Mô tả cắt ngang, không can thiệp thông qua hồ sơ dữ liệu bệnh án (200 mẫu) ra viện đạt các tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ. Tiêu chuẩn lựa chọn là bệnh án của sản phụ (từ 18 tuổi đến dưới 45 tuổi) được chỉ định phẫu thuật lấy thai và có sử dụng

Tác giả liên hệ: PGS.TS. Nguyễn Thị Thu Hương
Email: huongntt1@hiu.vn

kháng sinh (bao gồm cả kháng sinh dự phòng và kháng sinh điều trị sau phẫu thuật) trong quá trình nằm viện từ ngày 01/06/2020 đến ngày 31/12/2020 tại Bệnh viện Chuyên Khoa Sản-Nhi Tỉnh Sóc Trăng. Tiêu chuẩn loại trừ là các bệnh án không đầy đủ thông tin, bệnh án có nguyên nhân khác xảy ra trong quá trình điều trị bắt buộc chuyển viện, bệnh án của sản phụ có nhiễm khuẩn trước phẫu thuật và bệnh án không tiếp cận được trong thời gian nghiên cứu.

Thông tin về bệnh nhân và thông tin về sử dụng kháng sinh được thu thập từ hồ sơ bệnh án của bệnh nhân đạt tiêu chuẩn lựa chọn và điền vào phiếu thu thập thông tin. Các số liệu sau khi được thu thập theo một mẫu phiếu điều tra thống nhất, được nhập bằng Microsoft Office Excel 2016. Các phân tích thống kê mô tả bao gồm số lượng, phần trăm, trung bình, trung vị, khoảng tứ phân vị của các dữ liệu được tính toán bằng phần mềm SPSS phiên bản 26.0.

2.2. Cỡ mẫu và cách lấy mẫu

Cỡ mẫu được tính dựa theo công thức:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p \times (1 - p)}{d^2}$$

n: Kích thước mẫu cần xác định

$Z_{1-\alpha/2}$: Giá trị tra bảng phân phối Z dựa vào độ tin cậy lựa chọn. Hệ số tin cậy là trị số tùy thuộc vào mức tin cậy mong muốn của ước lượng; mức tin cậy mong muốn là 95%, $Z=1,96$, tương ứng với $\alpha = 0,05$.

p: Trị số tham khảo về tỉ lệ; để đảm bảo an toàn cho mẫu n ước lượng; trong nghiên cứu này, dựa theo nghiên cứu của Trần Văn Hậu và cộng sự ($p=0,153$) [3].

d: Sai số cho phép giữa tỷ lệ từ mẫu và tỷ lệ thật của quần thể; trong nghiên cứu này, chọn mức sai số $d = 0,05$.

Thay các giá trị vào công thức:

$$n = 1,96_{1-0,05}^2 \frac{0,153 \times (1 - 0,153)}{0,05^2} = 199,13$$

Như vậy cỡ mẫu tối thiểu của nghiên cứu là 200 mẫu.

Tiến hành thu thập hồ sơ bệnh án bệnh nhân tại bệnh viện trong 6 tuần. Số ngày thu thập số liệu là 5 ngày/tuần x 6 tuần = 30 ngày. Mỗi ngày chọn 200/30 ≈ 7 mẫu.

Cách lấy mẫu: Qua khảo sát, bệnh viện mỗi ngày có

khoảng 30 (N) người bệnh đến khám, lập danh sách các bệnh nhân theo thứ tự thời gian đến khám. Áp dụng công thức tính hệ số $k = N/n$ (k : Khoảng cách chọn; $N=30$; $n=7$) #5 nên khoảng cách mẫu được lấy là 5. Sau đó, chọn một số ngẫu nhiên từ 1 đến 3, đây là số thứ tự bệnh nhân đầu tiên được chọn trong danh sách đã được lập, tiếp tục chọn bệnh nhân kế tiếp trong ngày bằng cách lấy số thứ tự bệnh nhân $1 + k =$ số thứ tự bệnh nhân thứ 2 được chọn và thực hiện tương tự cho đến khi đủ cỡ mẫu ước lượng cho nghiên cứu.

2.3. Nội dung nghiên cứu

Gồm các nội dung chính như: Mô tả đặc điểm bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu; khảo sát tình hình sử dụng thuốc kháng sinh trong điều trị phẫu thuật lấy thai (Tỷ lệ phác đồ kháng sinh sử dụng trong mẫu nghiên cứu, liều lượng và thời gian sử dụng kháng sinh, thời điểm bắt đầu sử dụng kháng sinh, tính phù hợp của việc sử dụng kháng sinh dự phòng, tác dụng phụ). Các tiêu chí đánh giá tính phù hợp của việc sử dụng kháng sinh dựa trên khuyến cáo sử dụng kháng sinh dự phòng của ASHP (American Society of Health-System Pharmacists, 2013), "Hướng dẫn sử dụng kháng sinh" của Bộ Y tế [4, 5]. Riêng tiêu chí thời điểm đưa thuốc, nghiên cứu áp dụng theo hướng dẫn dự phòng nhiễm khuẩn vết mổ của WHO (2018) [6].

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được sự chấp thuận của Ban lãnh đạo Bệnh viện Chuyên Khoa Sản - Nhi Tỉnh Sóc Trăng. Thông tin của đối tượng nghiên cứu được hoàn toàn bảo mật và chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu. Bộ dữ liệu được lưu trong tủ khóa, máy tính sử dụng trong nghiên cứu đều được cài mật khẩu. Dữ liệu phân tích được mã hóa, không bao gồm thông tin nhận diện bệnh nhân.

3. KẾT QUẢ và thảo luận

3.1. Đặc điểm điều trị của mẫu nghiên cứu

Trong 200 bệnh nhân của mẫu nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ cao nhất bệnh nhân từ độ tuổi 21-29 chiếm 48%; độ tuổi từ 30-39 tuổi chiếm 38.5%; độ tuổi từ 18-20 tuổi chiếm 10% và độ tuổi từ 40-45 tuổi chiếm 3.5%. Giá trị trung bình và độ lệch chuẩn của độ tuổi là $28.57 \pm 5,94$, với tuổi lớn nhất được ghi nhận là 44 và tuổi nhỏ nhất là 18. Có 97% bệnh nhân có bảo hiểm y tế và 3% không có bảo hiểm y tế.

Trong mẫu nghiên cứu, bệnh nhân có tuổi thai từ 37-42 tuần chiếm tỷ lệ cao nhất với 99.5%, chỉ có 1 trường hợp sinh non dưới 37 tuần chiếm 0.5% và không có bệnh nhân nào có tuổi thai trên 42 tuần. Lý do bệnh nhân được chỉ định mổ lấy thai chủ yếu do bất thường từ mẹ chiếm 67.5%; bất thường do thai chiếm 24.5% và một số lý do khác như đau vết mổ lấy thai trước; do đường sinh dục; do phần thụ thai chiếm 60.5% (Bảng 1).

3.2. Phân tích tình hình sử dụng kháng sinh trong phẫu thuật mổ lấy thai

Kết quả bảng 3 cho thấy tỷ lệ sử dụng một số kháng sinh như sau: amoxicillin (98%), gentamycin (48%), amikacin (26%), cefuroxim (1.5%), cefotaxim (1%) và metronidazol (0.5%).

Kết quả từ nghiên cứu cho thấy sự đa dạng trong việc sử dụng các phác đồ kháng sinh để điều trị và phòng

Bảng 1. Đặc điểm về tuổi thai và lý do chỉ định lấy thai được ghi nhận

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Đặc điểm
Tuổi thai tuần	< 37	1	0.5
	37- 42	199	99.5
	> 42	0	0.0
Lý do chỉ định mổ lấy thai	Bất thường do mẹ	135	67.5
	Bất thường do thai	49	24.5
	Lý do khác (*)	121	60.5

* Mỗi bệnh nhân có thể có nhiều lý do chỉ định mổ lấy thai như: Đau vết mổ để cũ, do đường sinh dục, do phần thụ thai, do vậy tổng tỷ lệ về chỉ định lớn hơn 100%.

Bảng 2. Các yếu tố nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ

Yếu tố nguy cơ nhiễm khuẩn	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Mổ cấp cứu	0	0.0
Ói vỡ sớm (tuổi thai tuần <37)	1	0.5
Thời gian phẫu thuật kéo dài >1 giờ	2	1.0
Chỉ số NNIS = 0	198	99.0
Chỉ số NNIS = 1	2	1.0
Chỉ số NNIS = 2	0	0.0
Chỉ số NNIS = 3	0	0.0

Ghi nhận từ nghiên cứu cho thấy các trường hợp phẫu thuật đều diễn ra ổn định và không có trường hợp nào phải mổ cấp cứu. Có một trường hợp ói vỡ sớm, chiếm tỷ lệ 0.5%. Trong khi đó, tỷ lệ thời gian phẫu thuật kéo dài hơn 1 giờ khá thấp, chỉ chiếm 1%. Về chỉ số NNIS (National Nosocomial Infections Surveillance), chỉ ghi nhận 2 trường hợp, tương ứng với 1% tổng số bệnh nhân (Bảng 2).

ngừa nhiễm khuẩn trong phẫu thuật lấy thai (Bảng 4). Phác đồ kháng sinh đơn trị liệu được ghi nhận 26.5% số bệnh nhân được chỉ định amoxicillin. Phác đồ kháng sinh đa trị liệu 2 thuốc chiếm 72% tổng số bệnh nhân, trong đó 47% dùng amoxicillin + gentamycin; 24.5% dùng amoxicillin + amikacin; 0.5% dùng amoxicillin + cefuroxim. Phác đồ kháng sinh đa trị liệu 3 thuốc chiếm tỷ lệ thấp (1.5%), trong

Bảng 3. Đặc điểm các loại kháng sinh sử dụng

Nhóm		Tên hoạt chất	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm betalactam	Nhóm penicillin	Amoxicillin	196	98.0
	Nhóm cephalosporin thế hệ 2	Cefuroxim	3	1.5
	Nhóm cephalosporin thế hệ 3	Cefotaxim	2	1.0
Nhóm imidazol		Metronidazol	1	0.5
Nhóm aminosid		Gentamycin	96	48.0
		Amikacin	52	26.0

Bảng 4. Các phác đồ kháng sinh áp dụng trong mẫu nghiên cứu

Phác đồ	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Đơn trị liệu		26.5
Amoxicillin	53	26.5
Đa trị liệu (2 thuốc)		72.0
Amoxicillin+gentamycin	94	47.0
Amoxicillin+amikacin	49	24.5
Amocixillin+cefuroxim	1	0.5
Đa trị liệu (3 thuốc)		1.5
Amoxicillin+amikacin+metronidazol	1	0.5
Gentamycin+cefuroxim+cefotaxim	2	1.0

đó 0,5% dùng amoxicillin + amikacin + metronidazole; 1% dùng gentamycin + cefuroxim + cefotaxim.

Trong nghiên cứu này, phân tích cho thấy đa số bệnh nhân được chỉ định kháng sinh trong thời gian dưới 7 ngày, với tỷ lệ là 69%. Trong khi đó, 30.5% bệnh nhân đã được chỉ định kháng sinh trong thời gian từ 7 đến 10 ngày và chỉ có rất ít bệnh nhân được chỉ định kháng sinh trên 10 ngày, với tỷ lệ là 0.5%.

Kết quả Bảng 5 cho thấy trong nghiên cứu, phần lớn bệnh nhân (93%) được sử dụng kháng sinh liều đầu sau phẫu thuật từ 0 đến 1 giờ. Tỷ lệ bệnh nhân được sử dụng kháng sinh liều đầu sau phẫu thuật 1 đến 2 giờ là 5.5%, trong khi có 3 trường hợp (1.5%) sử dụng kháng sinh liều đầu trước phẫu thuật từ 2 đến 0 giờ.

Trong nghiên cứu này, thời gian sử dụng kháng sinh được chia thành 3 khoảng: dưới 7 ngày, từ 7 đến 10 ngày, và trên 10 ngày. Các phác đồ được ghi nhận

Bảng 5. Thời điểm bắt đầu sử dụng kháng sinh

Thời gian (giờ)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Trước phẫu thuật 24-2h	0	0.0
Trước phẫu thuật 2-0h	3	1.5
Trong cuộc phẫu thuật	0	0.0
Sau phẫu thuật 0-1h	186	93.0
Sau phẫu thuật 1-2h	11	5.5
Sau phẫu thuật 2-4h	0	0.0
Sau phẫu thuật >4h	0	0.0

với tỷ lệ phần trăm tương ứng như sau:

Thời gian sử dụng kháng sinh dưới 7 ngày:

+ Amoxicillin + gentamycin: 50.7%

Bảng 6. Thời gian sử dụng kháng sinh và phác đồ kháng sinh

Phác đồ	Thời gian sử dụng kháng sinh					
	Dưới 7 ngày		7 đến 10 ngày		Trên 10 ngày	
	n	%	n	%	n	%
Amoxicilin	37	26.8	15	24.6	1	100
Amoxicilin+gentamycin	70	50.7	24	39.3	0	0.0
Amoxicilin+amikacin	30	21.7	19	31.1	0	0.0
Amocixilin+cefuroxim	0	0.0	1	1.6	0	0.0
Amoxicilin+amikacin +metronidazol	1	0.7	0	0.0	0	0.0
Gentamycin+cefuroxime +cefotaxim	0	0.0	2	3.3	0	0.0

- + Amoxicillin: 26.8%
 - + Amoxicillin + amikacin: 21.7%
 - + Amoxicillin + amikacin + metronidazol: 0.7%
- Thời gian sử dụng kháng sinh từ 7 đến 10 ngày:
- + Amoxicillin + gentamycin: 39.3%
 - + Amoxicillin + amikacin: 31.1%
 - + Amoxicillin: 24.6%
 - + Gentamycin + cefuroxim + cefotaxim: 3.3%
 - + Amoxicillin + cefuroxim: 1.6%
 - + Không ghi nhận: Amoxicillin + amikacin + metronidazol

Trong kết quả nghiên cứu, amoxicillin liều 1000 mg và gentamycin 80 mg/2 mL là hai kháng sinh được sử dụng nhiều nhất trong phẫu thuật lấy thai. Amoxicillin liều 1000 mg được sử dụng nhiều nhất với tỷ lệ 81.5%; liều 500 mg với tỷ lệ sử dụng 16.5%. Kháng sinh nhóm aminosid với tỷ lệ sử dụng gentamycin 80 mg/2 mL là 48% và amikacin 500 mg/2 ml là 26%. Cefuroxim 500 mg, cefotaxim 1000 mg và metronidazol 250 mg được sử dụng rất ít trong nghiên cứu với tỷ lệ lần lượt là 1.5%; 1% và 0.5%.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, chỉ định kháng sinh phòng ngừa nhiễm trùng sau phẫu thuật được thực hiện hoàn toàn phù hợp với 100% bệnh nhân trong nghiên cứu. Đường dùng và liều sử dụng kháng sinh phòng ngừa nhiễm trùng sau phẫu thuật cũng được ước lượng phù hợp với 100% bệnh nhân. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu cho thấy chỉ 1.5% bệnh nhân có thời điểm bắt đầu sử dụng kháng sinh dự phòng phù hợp (Bảng 7).

4. BÀN LUẬN

Về độ tuổi của bệnh nhân phẫu thuật lấy thai, các

Bảng 7. Tính phù hợp của việc sử dụng kháng sinh phòng ngừa nhiễm trùng sau phẫu thuật theo từng tiêu chí

Tiêu chí	Tần số	Tỷ lệ (%)
Chỉ định	200	100
Thời điểm bắt đầu dùng	3	1.5
Liều	200	100
Đường dùng	200	100
Thời gian dùng	0	0

nghiên cứu đều cho thấy rằng đa số bệnh nhân là những người trẻ tuổi. Nghiên cứu đã ghi nhận có 48% bệnh nhân từ độ tuổi 21-29, tương đồng với công bố của Dudley và cộng sự [7] được thực hiện tại Mỹ năm 2018 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân từ 20-29 tuổi là 48%. Tuy nhiên, so với nghiên cứu của Lê Thị Hồng Vân và cộng sự (2018) thực hiện tại Khoa Phụ sản, Bệnh viện Quân y 103 thì tuổi trung bình ghi nhận là 30.07 ± 4.18 [8]. Ngoài ra, nghiên cứu ghi nhận bệnh nhân sinh con lần 2 chiếm tỷ lệ cao nhất với 62.5%; sinh con lần đầu là 31.5%; sinh con lần 3 là 6.0%. Kết quả này thấp hơn so với một nghiên cứu trong nước ghi nhận về tỷ lệ sinh con lần 2 là 77.9% [8]; tuy nhiên đạt cao hơn các công bố ngoài nước như một nghiên cứu tại Malaysia cho thấy tỷ lệ sinh con lần 2 là

45.2%; sinh con lần đầu là 47.4% [9]; nghiên cứu tại Ấn Độ ghi nhận tỷ lệ sinh con lần 2 và 3 lần lượt là 48.6% và 6.5%, trong khi sinh con lần đầu là 44.9% [10]; nghiên cứu khác tại Mỹ ghi nhận tỷ lệ sinh con lần 2 và 3 lần lượt là 33.9% và 8.3%, trong khi sinh con lần đầu chiếm 57.8% [11].

Về số lần bệnh nhân đã từng mổ lấy thai, nghiên cứu này ghi nhận số lần bệnh nhân đã từng mổ một lần chiếm tỷ lệ cao nhất với 65.5%; chưa mổ lần nào chiếm 31.5% và chỉ có 3% đã từng mổ 2 lần. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Lê Thị Hồng Vân và cộng sự (2018) ghi nhận tỷ lệ mổ lấy thai vì vết mổ để cũ chiếm 57% [8]. So sánh với các nghiên cứu tại các quốc gia khác thì tỷ lệ mổ lấy thai ở Việt Nam là khá cao. Nghiên cứu của Martin và cộng sự ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân đã từng phẫu thuật lấy thai là 25.7% [11]; nghiên cứu của Prakash và cộng sự là 11.6% [10] và của Chua và cộng sự là 17.2% [9]. Trong mẫu nghiên cứu, bệnh nhân có tuổi thai từ 37-42 tuần chiếm tỷ lệ 99.5%, tương đồng với kết quả của Chua và cộng sự ghi nhận 86,8% [9] và nghiên cứu của Martin và cộng sự là 89.7% [11]. Về lý do bệnh nhân phải mổ lấy thai, nghiên cứu này ghi nhận lý do bất thường từ mẹ chiếm 67.5%, tương đồng với nghiên cứu khác tại Mỹ [11].

Chỉ số NNIS được sử dụng để giám sát nhiễm trùng phát sinh trong bệnh viện và giúp đánh giá mức độ an toàn của các ca phẫu thuật. Tỷ lệ nhiễm trùng của mổ lấy thai là 1.1-25% so với tỷ lệ nhiễm trùng của sinh theo ngã âm đạo là 0.2-5.5%. Biến chứng nhiễm trùng phổ biến nhất sau mổ lấy thai là viêm nội mạc tử cung và có thể giảm 50% khi sử dụng kháng sinh dự phòng [2]. Những kết quả ghi nhận của nghiên cứu này cho thấy quá trình phẫu thuật lấy thai được thực hiện an toàn và hiệu quả, với tỷ lệ biến chứng thấp (1%) và thời gian phẫu thuật ngắn. Việc tuân thủ chặt chẽ qui trình giám sát về an toàn phẫu thuật đã giúp đảm bảo sự an toàn cho sản phụ trong suốt quá trình phẫu thuật và hạn chế tối đa các biến chứng có thể gặp phải. Một nghiên cứu tại Bệnh viện Bạch Mai đã xác định các yếu tố nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ ở phụ nữ phẫu thuật mổ lấy thai bao gồm mổ lần đầu tiên, mổ khẩn cấp, thời gian phẫu thuật kéo dài hơn 2 giờ, nhiễm khuẩn tiền phẫu thuật và thay đổi dạng thai [12]. Những yếu tố nguy cơ của nhiễm khuẩn vết mổ sau mổ lấy thai được ghi nhận tại Bệnh viện Từ Dũ năm 2019 bao gồm thời gian phẫu thuật > 60 phút, thời gian nằm viện > 5 ngày và mổ lấy thai khi thai dưới 38 tuần tuổi. Điều này đưa đến sự cần thiết

phải theo dõi, quản lý chặt chẽ sản phụ mổ lấy thai trong hai tuần đầu sau mổ, đặc biệt từ ngày 2-3 sau mổ, và chú ý ở những trường hợp tuổi thai < 38 tuần, hoặc thời gian phẫu thuật kéo dài, hoặc nằm viện dài ngày [13]. Nghiên cứu chưa khảo sát được thời gian phẫu thuật trung bình và thời gian nằm viện trung bình để có thể đánh giá thêm yếu tố nguy cơ của nhiễm khuẩn vết mổ sau mổ lấy thai.

Kết quả từ nghiên cứu cho thấy sự đa dạng trong việc sử dụng các phác đồ kháng sinh để điều trị và phòng ngừa nhiễm khuẩn trong phẫu thuật lấy thai. Tỷ lệ sử dụng các kháng sinh amoxicillin, gentamycin và amikacin trong nghiên cứu này cao hơn so với một số nghiên cứu khác [2, 4]. Amoxicillin được coi là một trong những kháng sinh nhóm beta-lactam được sử dụng phổ biến trong lĩnh vực phẫu thuật lấy thai, có tác dụng tốt với một số loại vi khuẩn và ít tác dụng phụ. Gentamicin và amikacin thuộc nhóm aminosid có tác dụng tốt với một số loại vi khuẩn gây bệnh mạn tính, nhưng có thể gây ra một số tác dụng phụ nghiêm trọng nếu sử dụng sai cách hoặc sử dụng trong một thời gian quá dài. Tuy nhiên, tỷ lệ sử dụng cefuroxim, cefotaxim và metronidazol lại thấp hơn so với một số nghiên cứu khác [2, 4]. Điều này có thể liên quan đến tác dụng phụ của các kháng sinh này hoặc ít tác dụng tốt với vi khuẩn gây bệnh trong lĩnh vực phẫu thuật lấy thai. Ngoài ra, sự khác biệt về tỷ lệ sử dụng các loại kháng sinh này còn có thể là do đặc điểm của nhiễm khuẩn cụ thể trong mẫu nghiên cứu, phương pháp nghiên cứu và tiêu chuẩn áp dụng trong từng nghiên cứu cũng như loại nhiễm khuẩn. Vết mổ lấy thai rất nhạy cảm các vi khuẩn trên da cũng như những vi khuẩn gây viêm âm đạo. Nhiễm trùng thường gặp sau mổ lấy thai là nhiễm trùng đường sinh dục dưới, đặc biệt nếu màng ối bị vỡ. Những vi khuẩn trong nhiễm trùng sau mổ lấy thai cũng chính là những vi khuẩn gây viêm âm đạo như *Ureaplasma* spp., *Mycoplasma* spp., các vi khuẩn yếm khí hoặc *Gardnerella vaginalis* [14]. Cephalosporin thế hệ thứ nhất có tác dụng trên vi khuẩn *Ureaplasma* và *Mycoplasma* nhưng có thể gây tăng đề kháng kháng sinh đối với vi khuẩn yếm khí.

So với một số nghiên cứu khác, tỷ lệ sử dụng phác đồ kháng sinh đơn trị liệu được ghi nhận trong nghiên cứu khá thấp (26.5%), ví dụ so với nghiên cứu của Bratzler và cộng sự (2013) cho thấy tỷ lệ sử dụng đơn trị liệu là 56.6% [4]. Tuy nhiên phác đồ đa trị liệu 2 kháng sinh lại chiếm tỷ lệ 72%, cao hơn nghiên cứu của Hawn và cộng sự (2013) ghi nhận tỷ lệ sử dụng đa trị liệu 2

kháng sinh là 35.1% [15]. Việc sử dụng các phác đồ kháng sinh đa dạng giúp tăng cường hiệu quả điều trị và giảm nguy cơ kháng thuốc. Các phác đồ kháng sinh được lựa chọn dựa trên đặc điểm của nhiễm khuẩn cụ thể, nhu cầu của bệnh nhân và tình trạng sức khỏe tổng quát. Sự kết hợp giữa các loại kháng sinh giúp đảm bảo phạm vi điều trị rộng hơn và tăng khả năng tiêu diệt các loại vi khuẩn gây bệnh. Nghiên cứu quan sát trong vòng 14 năm đã chứng minh khi chỉ định kháng sinh phổ hẹp thì tỷ lệ viêm nội mạc tử cung đã giảm từ 23% xuống còn 16%, trong khi chỉ định kháng sinh phổ rộng tỷ lệ này còn 2.1% [14]. Nhiễm trùng vết mổ cho thấy xu hướng tương tự.

Kết quả nghiên cứu còn cho thấy phần lớn bệnh nhân (93%) được sử dụng kháng sinh liều đầu sau phẫu thuật từ 0 đến 1 giờ. Điều này phù hợp với hướng dẫn về việc sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật, nhằm giảm nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ [4]. Nhiều nghiên cứu cũng khuyến cáo việc sử dụng kháng sinh trong khoảng thời gian gần với thời điểm phẫu thuật để đạt hiệu quả cao nhất, thường được thực hiện trong vòng 60 phút trước khi phẫu thuật bắt đầu [4, 15].

Kết quả nghiên cứu cho thấy, chỉ định kháng sinh, đường dùng và liều sử dụng kháng sinh phòng ngừa nhiễm trùng sau phẫu thuật được thực hiện hoàn toàn phù hợp với 100% bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu cho

thấy chỉ 1.5% bệnh nhân có thời điểm bắt đầu sử dụng kháng sinh dự phòng phù hợp. Điều này có thể dẫn đến việc không đạt được hiệu quả tối đa của kháng sinh dự phòng và tồn tại một số nguy cơ trên bệnh nhân. Vì vậy, để đảm bảo sức khỏe và an toàn của bệnh nhân, việc chỉ định và sử dụng kháng sinh dự phòng phải được giám sát chặt chẽ và cải thiện để đảm bảo chính xác và phù hợp với mỗi trường hợp cụ thể.

4. KẾT LUẬN

Qua khảo sát tình hình sử dụng kháng sinh trên 200 hồ sơ bệnh án của bệnh nhân phẫu thuật lấy thai tại Bệnh viện Chuyên Khoa Sản Nhi Sóc Trăng cho thấy nhóm beta-lactam được sử dụng nhiều nhất (đặc biệt là amoxicillin), gentamycin và amikacin được sử dụng nhiều nhất trong nhóm aminosid. Đa số bệnh nhân sử dụng đa trị liệu 2 thuốc, trong đó phác đồ amoxicillin + gentamycin được sử dụng nhiều nhất. Không có bệnh nhân nào có dấu hiệu phản ứng phụ sau khi sử dụng kháng sinh. Kháng sinh dự phòng được sử dụng đúng cách, tuy nhiên cần lưu ý là không có bệnh nhân nào sử dụng kháng sinh dự phòng đúng thời gian.

LỜI CẢM ƠN:

Nhóm nghiên cứu xin chân thành cảm ơn Bệnh viện Chuyên Khoa Sản – Nhi Tỉnh Sóc Trăng đã tạo điều kiện thuận lợi cho việc thực hiện nghiên cứu này.

TÀI LIỆU KHAM KHẢO

[1] Trương Thanh Đức, “Chuyên đề về sử dụng kháng sinh”, *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, no. 1, pp. 72-77, 2016.

[2] Lamont RF, Sobel JD, Kusanovic J P, Vaisbuch E, Mazaki-Tovi S, Kim S K, Uldbjerg N, Romero R, “Current debate on the use of antibiotic prophylaxis for caesarean section”, *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 118, no. 2, pp.193-201, 2011.

[3] Trần Văn Hậu, Đỗ Thị Hồng Thủy, Trần Thị Thùy Trang, Lê Văn Tùng, Lâm Hoàng Tuấn, Phạm Thị Hà, và Trần Quốc Thái, “Sử dụng kháng sinh trong phẫu thuật mổ lấy thai ở Bệnh viện đa khoa Huyện Thanh Ba, Phú Thọ”, *Tạp chí Y học Thanh Hóa*, tập 7, số 2, trang 65-72, 2019.

[4] D.W. Bratzler, E.P. Dellinger, K.M. Olsen, T. M. Perl, P. G. Auwaerter, M. K. Bolon et al., “Clinical

practice guidelines for antimicrobial prophylaxis in surgery”, *American Journal of Health-System Pharmacy*, 70(3), 195-283, 2013.

[5] Bộ Y Tế, “Hướng dẫn sử dụng kháng sinh”, (Ban hành kèm theo quyết định số 708/QĐ – BYT ngày 02/03/2015), tr.15-44, 2015.

[6] World Health Organization, “Global Guidelines for the Prevention of Surgical Site Infection”, WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland, 2nd ed., 2018.

[7] L. Dudley, S. Kuy, R. Fu, W.J. Boscardin, “Comparison of age distributions of surgical patients between the United States and a low-income country”, *World Journal of Surgery*, vol. 42, no.2, pp. 384-390, 2018.

[8] Lê Thị Hồng Vân, Nguyễn Thị Minh Tâm, Huỳnh

Thanh Tú, “Khảo sát kết quả sử dụng kháng sinh dự phòng trong mổ lấy thai tại Khoa Phụ sản, Bệnh viện Quân y 103”, *Tạp chí Y – Dược học Quân sự*, số 6, trang 101-105, 2018.

[9] Y.K. Chua, K.T. Lim, K.L. Abdullah, “Factors associated with successful vaginal birth after one cesarean section (VBAC) in Hospital Tengku Ampuan Afzan Kuantan”, *Medical Journal of Malaysia*, vol. 71, no.1, pp. 8-14, 2016.

[10] A. Prakash, M. Swamy, S. Padmanabha, P. Singh, “Vaginal birth after caesarean section”, *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, vol. 3, no.1, pp. 61-63, 2014.

[11] J.A. Martin, B.E. Hamilton, M.J.K. Osterman, A.K. Driscoll, P. Drake, “Births: Final data for 2018”, *National Vital Statistics Reports*, 68(13), 1-47, 2019.

[12] Nguyễn Thị Hương, “Yếu tố nguy cơ nhiễm trùng vết mổ ở phụ nữ phẫu thuật mổ lấy thai tại Bệnh viện

Bạch Mai”, *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, tập 20, số 3, trang 34-40, 2016.

[13] Trần Việt Tân, Ngô Đức Toàn, Nguyễn Thị Bạch Tuyết, Nguyễn Đỗ Nguyên, “Các yếu tố liên quan đến nhiễm khuẩn sau mổ lấy thai tại Bệnh viện Từ Dũ”, *Y Học TP. Hồ Chí Minh*, Phụ Bản Tập 23, Số 2, trang 170-176, 2019.

[14] Andrews WW, Hauth JC, Cliver SP, Savage K, Goldenberg RL, “Randomized clinical trial of extended spectrum antibiotic prophylaxis with coverage for *Ureaplasma urealyticum* to reduce postcesarean delivery endometritis”, *Obstetrics & Gynecology*, vol.101, pp. 1183–1189, 2003.

[15] Hawn MT, Richman JS, Vick CC, Deierhoi RJ, Graham LA, Henderson WG, Itani K M F, “Timing of surgical antibiotic prophylaxis and the risk of surgical site infection”, *JAMA Surgery*, vol. 148, no.7, pp. 649-657, 2013.

Survey on the antibiotic use in surgical abortion at the Obstetrics and Pediatrics Specialty Hospital in Soc Trang Province

Thai Thanh Quang and Nguyen Thi Thu Huong*

ABSTRACT

Background: Problem statement: It's important to be aware of the risks of surgical abortion sepsis that can lead to serious problems in pregnant women health. Objective: To survey the use of antibiotics in surgical abortion at the Obstetrics and Pediatrics Specialty Hospital in Soc Trang Province. Subjects and methods: A cross-sectional, non-interventional study was conducted through retrospective review of hospital discharge records that met inclusion and exclusion criteria. The study period was from June 1, 2020 to December 31, 2020. Results: The study included 200 patients who underwent surgical abortion at the hospital. The highest proportion of patients (48.0%) were aged 21-29 years; 62.5% had a second gestation; 65.5% got previous surgical abortion, and 67.5% had indications for abortion due to maternal abnormalities. The beta-lactam antibiotic group was the most commonly used (99%), with amoxicillin being the most frequently used drug (98%). The majority of patients (69%) used antibiotics for less than 7 days. Combination therapy with amoxicillin was used in 72% of cases. Only 1.5% of cases began prophylactic antibiotic use at the correct time. No patients in the study experienced adverse reactions after antibiotic use. Conclusion: The use of antibiotics in surgical abortion was implemented properly. It is necessary to manage prophylactic antibiotics suitable for clinical cases.

Keywords: Antibiotics, surgical abortion, Obstetrics and Pediatrics Specialty Hospital, Soc Trang Province

Received: 21/04/2023

Revised: 12/05/2023

Accepted for publication: 12/05/2023