

Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ trên sản phụ mổ lấy thai được sử dụng kháng sinh dự phòng Cefazolin tại Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất tỉnh Đồng Nai

Ngô Thị Thúy* và Võ Thị Diệu Loan

Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất tỉnh Đồng Nai

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhiễm khuẩn vết mổ là một trong những biến chứng phổ biến sau phẫu thuật lấy thai, ảnh hưởng lớn đến sức khỏe sản phụ và chi phí điều trị. Việc sử dụng kháng sinh dự phòng Cefazolin có vai trò quan trọng trong giảm thiểu nguy cơ này, nhưng cần xác định rõ tỷ lệ nhiễm khuẩn và các yếu tố nguy cơ để cải thiện chất lượng chăm sóc. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ và các yếu tố nguy cơ liên quan ở sản phụ mổ lấy thai sử dụng kháng sinh dự phòng Cefazolin tại Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất - Đồng Nai. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 353 sản phụ mổ từ tháng 4/2024 đến tháng 8/2024. **Kết quả:** Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ là 1.1% (CI 95%: 0.3–2.3), tỷ lệ lành vết thương là 98.9% (CI 95%: 97.5–99.7). Nhiễm khuẩn vết mổ nông có 3 sản phụ (0.8%), nhiễm khuẩn vết mổ sâu có 1 sản phụ (0.3%). Không có sản phụ nhiễm khuẩn tạng và cơ quan cơ thể. Không tìm thấy yếu tố làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ trong nghiên cứu này. **Kết luận:** Kháng sinh dự phòng Cefazolin 2g liều duy nhất trước rạch da 30 phút có hiệu quả dự phòng nhiễm khuẩn vết mổ lấy thai.

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

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn vết mổ (NKVM) là một biến chứng hậu phẫu thường gặp, ảnh hưởng đến quá trình hồi phục, kéo dài thời gian nằm viện, tăng chi phí điều trị và thậm chí dẫn đến tử vong. Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO), tỷ lệ NKVM tại các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình giai đoạn 1995–2015 là 11.2%; riêng phẫu thuật mổ lấy thai là 11.7% [1]. Nhiễm khuẩn vết mổ là những nhiễm khuẩn tại vị trí phẫu thuật trong thời gian từ khi mổ cho đến 30 ngày hoặc cho tới một năm sau mổ với phẫu thuật cấy ghép implant. Nhiễm khuẩn vết mổ được phân loại là nhiễm khuẩn vết mổ nông, sâu và cơ quan/ khoang cơ thể liên quan [2].

Mổ lấy thai là phẫu thuật phổ biến nhất tại khoa Sản, có nguy cơ NKVM cao gấp 5–20 lần so với sinh ngã âm đạo. Nhiều nước trên thế giới trong đó có Việt Nam, tỷ lệ mổ lấy thai ngày càng tăng.

Từ năm 2000 đến 2015, tỷ lệ mổ lấy thai trên toàn cầu tăng gần gấp đôi 12.1% lên đến 21.1% [3]. Tại bệnh viện đa khoa Thống Nhất Đồng Nai có tỷ lệ mổ lấy thai tăng liên tục, từ 34.4% năm 2019 đến 49.8% năm 2023.

Năm 2015, Bộ Y tế đưa ra “Hướng dẫn sử dụng kháng sinh”, trong đó có hướng dẫn sử dụng kháng sinh dự phòng Cefazolin trong mổ lấy thai [4]. Tại Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất - Đồng Nai, kháng sinh dự phòng được áp dụng từ năm 2016, nhưng hiệu quả của kháng sinh Cefazolin chưa được đánh giá cụ thể. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu: “Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ trên sản phụ mổ lấy thai được sử dụng kháng sinh dự phòng Cefazolin tại Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất - Đồng Nai” với mục tiêu xác định tỷ lệ NKVM lấy thai trên sản phụ sử dụng kháng dự phòng Cefazolin và yếu tố liên quan đến NKVM lấy thai.

Tác giả liên hệ: Ngô Thị Thúy

Email: thuynngo603@gmail.com

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Sản phụ mổ lấy thai dùng kháng sinh dự phòng tại Khoa Sản, Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất - Đồng Nai.

- Tiêu chuẩn chọn mẫu

Thai phụ có chỉ định mổ lấy thai sử dụng kháng sinh dự phòng Cefazolin và không mang tiêu chí loại trừ.

- Tiêu chuẩn loại trừ

- Ối vỡ > 12 giờ trước mổ hoặc có dấu hiệu nghi ngờ nhiễm trùng ối.
- Sốt hoặc có tình trạng nhiễm khuẩn trước mổ; hoặc sử dụng thuốc kháng sinh trong vòng 24 giờ.
- Mắc bệnh lý nội khoa không được kiểm soát: Đái tháo đường không kiểm soát tốt, suy gan, suy thận, thiếu máu (Hb < 9g/l), tiền sản giật nặng, suy giảm miễn dịch hoặc dùng thuốc corticoid, ...
- Tiền sử dị ứng thuốc Cefalosporin hoặc dị ứng kháng sinh tại thời điểm tiêm.
- Chuyển sang kháng sinh điều trị ngay sau mổ khi có chỉ định, ví dụ: phẫu thuật phức tạp hay có biến chứng (vết mổ cũ dính, tổn thương cơ quan lân cận, khó cầm máu...), máu mất trong mổ $\geq$ 1000ml.
- Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu.

- Cỡ mẫu:

Dựa vào công thức tính cỡ mẫu ước tính cho một tỷ lệ:

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

n: cỡ mẫu nghiên cứu. $Z_{1-\alpha/2}^2$: Bảng 1.96 tương ứng với độ tin cậy 95%. d: Độ chính xác tuyệt đối (với d= 0.05), p = 0.028 là tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ trên thai phụ sau mổ lấy thai sử dụng kháng sinh dự phòng Cefazolin theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hữu Quang (2023) [5]. Cỡ mẫu tối thiểu của nghiên cứu là n = 42.

- Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu ngẫu nhiên đơn giản.

- Nội dung nghiên cứu

Phương pháp và công cụ thu thập số liệu: Thu thập số liệu từ hồ sơ bệnh án, phỏng vấn trực

tiếp bệnh nhân và phỏng vấn qua điện thoại vào ngày hậu phẫu thứ 7,14,21,30 bằng bộ câu hỏi đã soạn sẵn.

Quy trình thực hiện:

- Bước 1: Bệnh nhân có chỉ định mổ thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu; bác sĩ tư vấn, bệnh nhân ký đồng thuận tham gia nghiên cứu.
- Bước 2: Bác sĩ ghi hồ sơ y lệnh thuốc Cefazolin liều 2g duy nhất. Nữ hộ sinh chuẩn bị bệnh nhân trước mổ; chuyển thuốc kèm theo bệnh nhân lên phòng mổ.
- Bước 3: Kỹ thuật viên gây mê nhận bệnh hỏi tiền sử dị ứng, thực hiện y lệnh truyền tĩnh mạch thuốc Cefazolin 2g. Kết thúc, bác sĩ gây mê gây tê tủy sống.
- Bước 4: Phẫu thuật viên đánh giá tình trạng bệnh nhân ngay sau mổ, thời gian mổ và lượng máu mất ghi chi tiết vào hồ sơ bệnh án.
- Bước 5: Bác sĩ điều trị khám đánh giá hàng ngày trong thời gian hậu phẫu tại bệnh viện. Khi phát hiện bất thường báo ngay cho nghiên cứu viên.
- Bước 6: Nghiên cứu viên hoặc cộng sự trực tiếp hướng dẫn sản phụ theo dõi sau xuất viện, gọi điện thoại hỏi tình trạng vết mổ vào ngày 7, 14, 21 và hẹn tái khám ngày 30 sau xuất viện.
- Bước 7: Tổng hợp số liệu - hoàn thành nghiên cứu.

Tiêu chuẩn chẩn đoán nhiễm khuẩn vết mổ lấy thai:

Chúng tôi dựa vào tiêu chuẩn chẩn đoán NKVM của CDC Hoa Kỳ, được dùng phổ biến trên thế giới và tại Việt Nam [2].

Phương pháp xử lý và phân tích số liệu:

Nghiên cứu sử dụng phần mềm SPSS Statistics 22. Phép kiểm Fisher Exact, Binary Logistic nghiên cứu tương quan giữa một hay nhiều yếu tố nguy cơ với NKVM ($p < 0.05$).

Vấn đề y đức:

Nghiên cứu chỉ được tiến hành sau khi thông qua Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất - Đồng Nai.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ ngày 15/04/2024 đến 01/8/2024, có 353 sản phụ hoàn tất nghiên cứu.

3.1. Đặc điểm của sản phụ trong nghiên cứu**Bảng 1.** phân bố tỷ lệ các yếu tố đặc điểm

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ (%)
Tuổi (năm)	< 35	278	78.8
	≥ 35	75	21.2
BMI trước mang thai (kg/m ²)	< 18.5 (nhẹ cân)	32	9.1
	18.5 – 22.9 (bình thường)	190	53.8
	23 – 24.9 (thừa cân)	65	18.4
	≥ 25 (béo phì)	66	18.7
Tiền sử sinh	Con so	118	33.4
	Con rạ	235	66.6
Vết mổ cũ lấy thai	Không	190	53.8
	Có	163	46.2
Ối vỡ	Không	242	68.6
	Có	111	31.4
Tình trạng chuyển dạ	Không	140	39.7
	Có	213	60.3
Khâu da	Mũi rời	5	1.4
	Mũi liên tục	348	98.6

Nhận xét: Tuổi trung bình của sản phụ tham gia nghiên cứu là 29.34 ± 6.39 tuổi, BMI trung bình là 22.21 ± 3.14 kg/m². Sản phụ sinh con rạ là chủ yếu (66.6%). Sản phụ không có vết mổ cũ lấy thai chiếm

phần nhiều (53.8%). Phần lớn sản phụ có ối chưa vỡ trước mổ (68.6%) và có chuyển dạ (60.3%). Hầu hết là khâu da mũi liên tục (98.6%), khâu da mũi rời rất ít (1.4%).

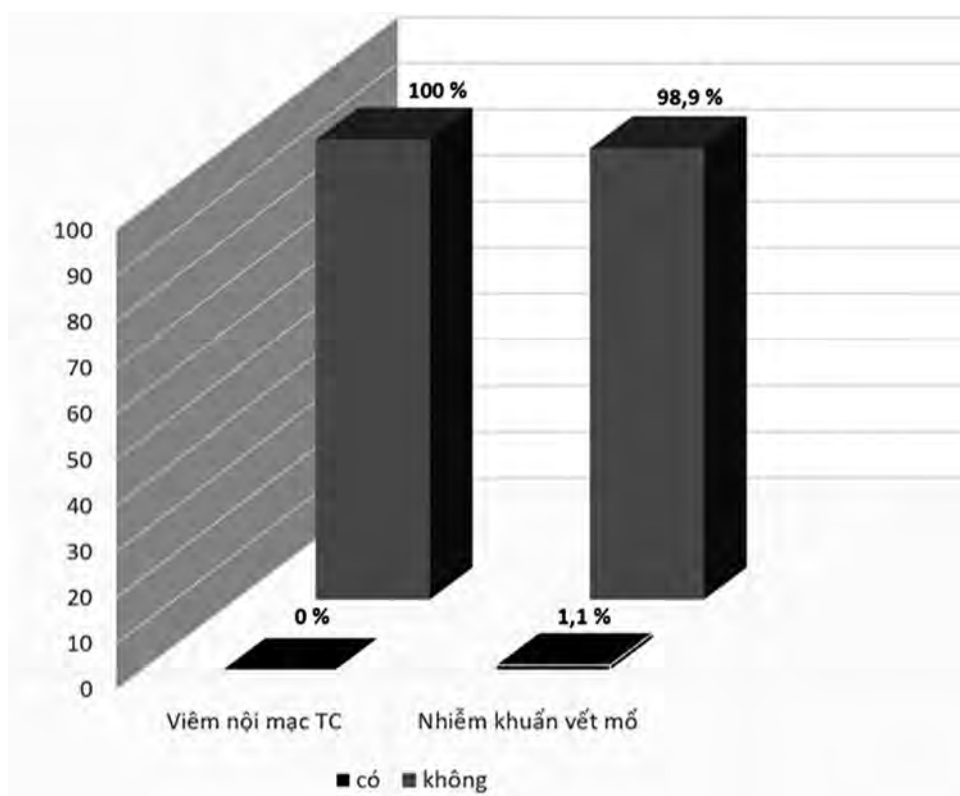
Bảng 2. Phân bố trung bình các yếu tố đặc điểm

Đặc điểm	Trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn (min – max)
Số bạch cầu trước mổ (G/L)	10.00 ± 2.45 (4.5 – 17.7)
Hemoglobin trước mổ (g/dL)	12.02 ± 1.32 (9.0 – 16.1)
Thời gian mổ (phút)	44.99 ± 7.63 (30 – 70)
Lượng máu mất trong mổ (mL)	318.47 ± 92.87 (150 – 900)
Thời gian nằm viện (ngày)	5.05 ± 0.57 (3 – 7)

Nhận xét: Số lượng bạch cầu trước mổ trung bình là 10.00 ± 2.45 G/L. Sản phụ đa phần không thiếu máu, có hemoglobin trước mổ trung bình là 12.02 ± 1.32 g/dL. Thời gian mổ

trung bình là 44.99 ± 7.63 phút. Lượng máu mất trong mổ trung bình là 318.47 ± 92.87 ml. Thời gian nằm viện dài nhất là 7 ngày, trung bình là 5.05 ± 0.57 ngày.

3.2. Kết quả sau phẫu thuật



Hình 1. Kết quả sau phẫu thuật

Nhận xét: Tỷ lệ NKVM là 1.1% (CI 95%: 0.3 – 2.3), tỷ lệ lành vết thương là 98.9% (CI 95%: 97.5 – 99.7). Nhiễm khuẩn vết mổ nông có 3 sản phụ (0.8 %),

nhiễm khuẩn vết mổ sâu có 1 sản phụ (0.3%). Không có sản phụ nhiễm khuẩn tạng/cơ quan. Không có sản phụ viêm nội mạc tử cung.

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

Bảng 3. Mối liên quan các yếu tố trước mổ với NKVM

Yếu tố liên quan		Tình trạng vết mổ		OR	CI 95%	p*
		NKVM n (%)	Vết mổ lành n (%)			
Tuổi (năm)	≥ 35	2 (2.7%)	73 (97.3%)	3.781	0.524 – 27.298	0.199
	< 35	2 (0.7%)	276 (99.3%)			
BMI (trước mang thai)	Thừa cân	3 (2.3%)	128 (97.7%)	5.180	0.533 – 50.318	0.146
	Không	1 (0.5%)	221 (99.5%)			
Tiền sử sinh	Con rạ	3 (1.3%)	232 (98.7%)	1.513	0.156 – 14.704	1.000
	Con so	1 (0.8%)	117 (99.2%)			
Vết mổ cũ	Có	2 (1.2%)	161 (98.8%)	1.168	0.163 – 8.384	1.000
	Không	2 (1.1%)	188 (98.9%)			
Ối vờ	Có	2 (1.8%)	109 (98.2%)	2.202	0.306 – 15.836	0.593
	Không	2 (0.9%)	241 (99.1%)			

Yếu tố liên quan		Tình trạng vết mổ		OR	CI 95%	p*
		NKVM n (%)	Vết mổ lành n (%)			
Tình trạng chuyển dạ	Không	2 (1.4%)	138 (98.6)	1.529	0.213 – 10.982	0.650
	Có	2 (0.9%)	211 (99.1%)			
	≥ 24 giờ	0 (0%)	7 (100%)			
Hemoglobin trước mổ (g/dL)	<11 g/dL	1 (1.2%)	81 (98.8%)	1.103	0.113 – 10.748	1.000
	≥11g/dL	3 (1.1%)	268 (98.9%)			
Số bạch cầu trước mổ (G/L)	>10 G/L	2 (1.2%)	153 (98.8%)	1.218	0.178 – 9.198	1.000
	≤10 G/L	2 (1.0%)	196 (99%)			

* Phép kiểm Fisher Exact

Nhận xét: Trong nghiên cứu, nhóm sản phụ ≥ 35 tuổi có tỷ lệ NKVM cao hơn 3.7 lần nhóm tuổi < 35 nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0.203$). Sản phụ thừa cân có tỷ lệ NKVM cao hơn 5.2 lần nhóm không thừa cân béo phì nhưng sự

khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0.145$). Không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tiền sử sinh, vết mổ cũ lấy thai, ối vỡ, tình trạng chuyển dạ, tình trạng thiếu máu và số lượng bạch cầu trước mổ với NKVM ($p > 0.05$).

Bảng 4. Mối liên quan các yếu tố sau mổ với nhiễm khuẩn vết mổ

Yếu tố liên quan		Tình trạng vết mổ		OR	CI 95%	p*
		NKVM n (%)	Vết mổ lành n (%)			
Lượng máu mất trong mổ (mL)	< 500 mL	4 (1,2%)	333 (98,8%)			1.000
	≥ 500mL	0 (0%)	16 (100%)			
Thời gian mổ (phút)	< 60 phút	4 (1,2%)	334 (98,8%)			1.000
	≥ 60 phút	0 (0%)	15 (100%)			
Khâu da	Mũi rời	1 (20%)	4 (80%)	28.750	2.435–339.383	.056
	Mũi liên tục	3 (0.9%)	345 (99.1%)			
Thời gian nằm viện (ngày)	≤ 5 ngày	1 (0.3%)	306 (99.7)	0.047	0.005 – 0.461	0.008
	>5 ngày	3(6.5%)	43 (93.5%)			

* Phép kiểm Fisher Exact

Nhận xét: Không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa lượng máu mất trong mổ, thời gian mổ và NKVM. Khâu da mũi rời có nguy cơ NKVM cao gấp 28.7 lần khâu mũi liên tục nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0.05$).

Thời gian nằm viện ≤ 5 ngày giảm nguy cơ NKVM so

với > 5 ngày, có ý nghĩa thống kê ($p = 0.008$). Tuy nhiên, chúng tôi quan sát thấy 3 bệnh nhân có vết mổ nề đỏ phải nằm viện theo dõi thêm (thời gian nằm viện kéo dài > 5 ngày) và trong đó có 2 ca NKVM. Để đánh giá mối liên quan giữa thời gian nằm viện và NKVM, chúng tôi đưa biến “vết mổ nề” vào mô hình phép kiểm logistic đa biến.

Bảng 5. Mối liên quan của vết mổ nề, thời gian nằm viện với nhiễm khuẩn vết mổ

Yếu tố liên quan		Tình trạng vết mổ		OR	CI 95%	p**
		NKVM n (%)	Vết mổ lành n (%)			
Vết mổ nề	Không	2 (0.57%)	348 (99.43%)	0.012	0.001 – 0.268	0.005
	Có	2 (66.67%)	1 (33.33%)			
Thời gian nằm viện	≤ 5 ngày	1 (0.33%)	306 (99.67%)	0.137	0.008 – 2.236	0.163
	> 5 ngày	3 (6.12%)	46 (93.88%)			

** Phép kiểm Binary Logistic

Nhận xét: Nhóm không có vết mổ nề giảm đáng kể nguy cơ NKVM so với nhóm có vết mổ nề, có ý nghĩa thống kê ($p = 0.005$). Thời gian nằm viện > 5 ngày có xu hướng làm tăng nguy cơ NKVM so với ≤ 5 ngày, nhưng mối quan hệ này chưa đủ ý nghĩa thống kê ($p = 0.163$).

4. BÀN LUẬN

Nhiễm khuẩn vết mổ trong nghiên cứu của chúng tôi được xác định theo tiêu chí của Trung tâm Kiểm soát Dịch bệnh Hoa Kỳ (CDC) [2]. Kết quả tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ là 1.1% (CI 95%: 0.3 – 2.3), trong đó nhiễm khuẩn vết mổ nông có 3 sản phụ (0.8%), nhiễm khuẩn vết mổ sâu có 1 sản phụ (0.3%). Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Huỳnh Ngọc Phước (2022) có tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ là 1.3% (CI 95%: 0.4 – 3.4), chỉ có nhiễm khuẩn vết mổ nông là 1% và nhiễm khuẩn vết mổ sâu là 0.3% [6]. Theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hữu Quang (2023) tại bệnh viện đa khoa Lâm Đồng, tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ là 2.8% (CI 95%: 1.1 – 4.8), đều là nhiễm khuẩn vết mổ nông [5]. Các nghiên cứu trên đều sử dụng kháng sinh Cefazolin 2g liều duy nhất trước rạch da trong vòng 30 phút. Với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Anh (2022) sử dụng kháng sinh dự phòng Cefoxitin 1g tại bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên có tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ là 1.6% [7]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng giống như các nghiên cứu của Việt Nam trước đây, có tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ thấp. Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn các nghiên cứu trên có thể là do cách chọn mẫu trong nghiên cứu. Chúng tôi đã loại ra khỏi nghiên cứu những sản phụ có nguy cơ cao như: Đái tháo đường không kiểm soát tốt, suy gan, suy thận, thiếu máu ($Hb < 9g/l$), suy giảm miễn dịch hoặc dùng thuốc corticoid, tiền sản giật nặng, nhau tiền đạo, vết mổ cũ dính... hơn nữa

việc chuẩn bị bệnh nhân trước mổ tại bệnh viện chúng tôi đã được thực hiện đúng và đầy đủ theo khuyến cáo của Bộ Y tế.

Nghiên cứu của tác giả Kalpana Basany (2024) về sử dụng kháng sinh dự phòng liều đơn trong phẫu thuật lấy thai ở Ấn Độ có tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ là 4.6%, (CI95%: 3.7% - 5.6%) trong đó 98.9% bị nhiễm khuẩn vết mổ nông và 1.1% bị nhiễm khuẩn vết mổ sâu [8]. Kết quả này cao hơn kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Theo tác giả Katja Kuhr (2022) nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu ở Đan Mạch có tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ lấy thai là 1.3% ($n = 35/2,725$) [9]. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi.

Hiệu quả của kháng sinh dự phòng đã được khẳng định. Tuy nhiên, thời điểm dùng vẫn còn tranh luận. Một đánh giá hệ thống các nghiên cứu thử nghiệm đối chứng ngẫu nhiên trên Cochrane của tác giả Mackeen AD (2014) với 5,041 sản phụ nhằm so sánh kết quả ở mẹ và trẻ sơ sinh sau khi dùng kháng sinh dự phòng trước khi rạch da so với sau khi kẹp rốn trẻ sơ sinh trong quá trình sinh mổ. Kết quả nhiễm khuẩn vết mổ ở những người được dùng kháng sinh trước phẫu thuật giảm hơn so với những người được dùng sau khi kẹp rốn cho trẻ sơ sinh (RR 0.59; CI 95%: 0.44 – 0.81) và không có sự khác biệt rõ ràng nào về kết quả bất lợi ở trẻ sơ sinh được báo cáo [10]. Một nghiên cứu đánh giá hệ thống của tác giả Claudia Bollig (2018) cho kết quả tương tự, dùng kháng sinh trước phẫu thuật có nguy cơ nhiễm trùng vết mổ giảm 38% (RR 0.62; CI 95% 0.47 – 0.81) [11]. Nguy cơ đối với các kết cục ở trẻ sơ sinh, chẳng hạn như tử vong do nhiễm trùng, nhiễm trùng huyết, điều trị bằng kháng sinh ở trẻ sơ sinh, nhập viện vào khoa chăm sóc đặc biệt hoặc các tác dụng phụ liên quan đến kháng sinh, không thấy có sự khác biệt, cả về mặt lâm sàng hoặc

thống kê, khi dùng kháng sinh trước hoặc sau khi kẹp dây rốn. Trong nghiên cứu của chúng tôi sử dụng kháng sinh dự phòng Cefazolin 2g liều duy nhất trước rạch da trong vòng 30 phút theo hướng dẫn của Bộ Y tế.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi không xác định được yếu tố tăng nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ do cỡ mẫu nghiên cứu nhỏ, số ca NKVM ít làm giảm khả năng phát hiện ra mối liên quan của các yếu tố và nhiễm khuẩn vết mổ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian nằm viện (tối đa 7 ngày) và NKVM có xu hướng liên quan nhưng không tìm được mối quan hệ nhân quả có ý nghĩa thống kê. Việc giá trị $p = 0.008$ tăng lên $p = 0.163$ khi đưa

thêm biến “vết mổ nề” vào cho thấy rằng vết mổ nề đỏ có thể là yếu tố tác động chính dẫn đến thời gian nằm viện kéo dài.

5. KẾT LUẬN

Sử dụng kháng sinh dự phòng Cefazolin 2g liều duy nhất trước rạch da 30 phút có hiệu quả dự phòng nhiễm khuẩn vết mổ. Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ là 1.1% (CI 95%: 0.3 – 2.3), lành vết thương là 98.9%. Không tìm thấy yếu tố làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ trong nghiên cứu này. Đề xuất tăng cỡ mẫu ở nghiên cứu tiếp theo để làm rõ hơn mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ và nhiễm khuẩn vết mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] World Health Organization, "Global Guidelines for the Prevention of Surgical Site Infection", Geneva, 2016.

[2] A. J. Mangram, T.C. Horan,... and W. R. Jarvis, "Guideline for Prevention of Surgical Site Infection, 1999. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Hospital Infection Control Practices Advisory Committee," *American Journal of Infection Control*, vol. 27, no. 2, pp. 97-132, 1999.

[3] T. Boerma, C. Ronsmans, ... and M. Temmerman, "Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections," *The Lancet*, vol. 392, no. 10155, pp. 1341-1348, 2018.

[4] Bộ Y tế, "Hướng dẫn sử dụng kháng sinh," 2015, tr. 39-269.

[5] N. H. Quang, "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng của các trường hợp thai phụ sử dụng kháng sinh dự phòng Cefazolin trong phẫu thuật lấy thai tại Bệnh viện Đa khoa Lâm Đồng," Luận án tốt nghiệp chuyên khoa II, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, 2023.

[6] H. N. Phước và B. C. Thương, "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," *Tạp chí Y học Việt Nam*, tập 526, số 1B, tr. 258-262, 2022.

[7] V. V. Hiệp, N. T. Anh, N. T. Anh và Đ. T. Huệ, "Tỷ lệ

nhiễm khuẩn vết mổ khi sử dụng kháng sinh dự phòng cefoxitin trong mổ lấy thai tại Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên năm 2022," *Tạp chí Y học Cộng đồng*, tập 65, số 2, tr. 202-209, 2024.

[8] K. Basany, S. Chaudhuri, ... and P. S. Reddy "Prospective cohort study of surgical site infections following single dose antibiotic prophylaxis in caesarean section at a tertiary care teaching hospital in Medchal, India," *PLoS One*, vol. 19, no. 1, 2024.

[9] K. Kuhr, P. B. Axelsson, ... T. D. Clausen and E. C. L. Løkkegaard "Postoperative infections after non-elective cesarean section - a retrospective cohort study of prevalence and risk factors at a single center in Denmark administering prophylactic antibiotics after cord clamping," *BMC Pregnancy and Childbirth*, vol. 22, no. 1, p. 945, 2022.

[10] A. D. Mackeen, R. E. Packard, E. Ota, V. Berghell and J. K. Baxter, "Timing of intravenous prophylactic antibiotics for preventing postpartum infectious morbidity in women undergoing cesarean delivery," *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014.

[11] C. Bollig, M. Nothacker, ... and C. M. Schmucker, "Prophylactic antibiotics before cord clamping in cesarean delivery: a systematic review," *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, vol. 97, no. 5, pp. 521-535, 2018.

Incidence of surgical site infections in cesarean section patients administered prophylactic Cefazolin at Thong Nhat General Hospital of Dong Nai province

Ngo Thi Thuy and Vo Thi Dieu Loan

ABSTRACT

Introduction: Surgical site infection is one of the most common complications following cesarean section, significantly impacting maternal health and increasing treatment costs. Prophylactic antibiotic use, particularly Cefazolin, plays a crucial role in minimizing this risk. However, it is essential to determine the infection rate and associated risk factors to enhance the quality of care. Objective: To identify the rate of surgical site infection and related risk factors in women undergoing cesarean section with prophylactic Cefazolin at Thong Nhat General Hospital - Dong Nai. Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 353 women who underwent cesarean sections from April 2024 to August 2024. Results: The rate of surgical site infection was 1.1% (95% CI: 0.3–2.3), while the wound healing rate was 98.9% (95% CI: 97.5–99.7). Superficial surgical site infections occurred in 3 cases (0.8%), and deep surgical site infections occurred in 1 case (0.3%). There were no cases of organ or space infections. No risk factors for surgical site infections were identified in this study. Conclusion: A single 2g dose of prophylactic Cefazolin administered 30 minutes before skin incision was effective in preventing surgical site infections in cesarean deliveries.

Keywords: surgical site infection, prophylactic antibiotics, Cefazolin

Received: 03/12/2024

Revised: 12/12/2024

Accepted for publication: 13/12/2024