

EFFECACY OF ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP IN PROPHYLACTIC ANTIBIOTICS UTILIZATION IN CESAREAN SECTION AT DONG NAI INTERNATIONAL HOSPITAL

Nguyen Van Cuong*, Ta Nguyen Thao Huong, Tran Vinh Phat

Dong Nai International Hospital – 1048A Pham Van Thuan, Tan Mai Ward, Bien Hoa City, Dong Nai Province, Vietnam

Received: 11/06/2025

Revised: 22/07/2025; Accepted: 08/10/2025

ABSTRACT

Introduction: The Antimicrobial Stewardship Program (ASP) has demonstrated effectiveness in reducing antimicrobial resistance, lowering healthcare costs, and shortening hospital stays.

Objective: To evaluate the effectiveness of the ASP on the use of surgical antimicrobial prophylaxis (SAP) in cesarean sections at Dong Nai International Hospital.

Subjects and Methods: A retrospective cohort study was conducted using medical records at two time points: before intervention (control group, from October 1, 2016 to March 30, 2017) and after intervention (intervention group, from January 1, 2020 to April 30, 2020). The overall appropriateness of SAP use was assessed based on six criteria: indication, choice of agent, timing of administration, route, dosage, and duration.

Results: A total of 292 records in the control group and 287 records in the intervention group were analyzed. Most patients were aged 18–35 years (85.4%), with the main indication for cesarean section being maternal conditions (52.3%). The rate of overall appropriate SAP use significantly increased from 0.0% before intervention to 86.1% after intervention ($p < 0.001$). There was no difference in the effect after discharge in both groups (from 99.7% in the control group and 97.9% in the intervention group, $p = 0.137$).

Conclusion: The ASP significantly improved the overall appropriateness of SAP use in cesarean sections without affecting post-discharge outcomes.

Keywords: Antibiotic prophylaxis, caesarean section, antimicrobial stewardship.

*Corresponding author

Email: cuong.nguyen2@hoanmy.com **Phone:** (+84) 359850141 **Https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD17.3656**

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CHƯƠNG TRÌNH QUẢN LÝ KHÁNG SINH TRONG SỬ DỤNG KHÁNG SINH DỰ PHÒNG TRÊN PHẪU THUẬT MỔ LẤY THAI TẠI BỆNH VIỆN QUỐC TẾ ĐỒNG NAI

Nguyễn Văn Cường*, Tạ Nguyễn Thảo Hương, Trần Vĩnh Phát

Bệnh viện Quốc tế Đồng Nai - 1048A, Phạm Văn Thuận, P. Tân Mai, Tp. Biên Hòa, Tỉnh Đồng Nai, Việt Nam

Ngày nhận: 11/06/2025

Ngày sửa: 22/07/2025; Ngày đăng: 08/10/2025

ABSTRACT

Đặt vấn đề: Chương trình quản lý kháng sinh (CTQLKS) đã chứng minh hiệu quả trong việc giảm tình trạng kháng thuốc, tiết kiệm chi phí và rút ngắn thời gian nằm viện.

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả CTQLKS đối với việc sử dụng kháng sinh dự phòng (KSDP) trong phẫu thuật mổ lấy thai tại Bệnh viện Quốc tế Đồng Nai.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu trên hồ sơ bệnh án tại hai thời điểm: trước can thiệp (nhóm chứng, từ 01/10/2016 đến 30/3/2017) và sau can thiệp (nhóm can thiệp, từ 01/01/2020 đến 30/04/2020). Đánh giá tính hợp lý chung của việc sử dụng KSDP dựa trên 6 yếu tố: chỉ định, loại thuốc, thời điểm sử dụng, đường dùng, liều dùng và thời gian sử dụng.

Kết quả: Tổng cộng có 292 bệnh án nhóm chứng và 287 bệnh án nhóm can thiệp được phân tích. Đa số sản phụ thuộc nhóm tuổi 18–35 (85,4%), với nguyên nhân mổ chủ yếu do bất thường từ mẹ (52,3%). Tỷ lệ sử dụng KSDP hợp lý chung tăng đáng kể từ 0,0% lên 86,1% sau can thiệp ($p < 0,001$). Không có sự khác biệt đáng kể về tình trạng sau xuất viện giữa hai nhóm (khỏi bệnh chiếm 99,7% ở nhóm chứng và 97,9% ở nhóm can thiệp, $p = 0,137$).

Kết luận: CTQLKS giúp cải thiện đáng kể tính hợp lý trong sử dụng KSDP ở phẫu thuật mổ lấy thai, trong khi không sự khác biệt về tình trạng sau xuất viện.

Từ khóa: KSDP, mổ lấy thai, CTQLKS.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn vết mổ (NKVM) là nhiễm khuẩn bệnh viện thường gặp hàng thứ 2, với tỷ lệ từ 5-10% tại các bệnh viện ở Việt Nam [1]. Theo Altermeier A và cộng sự, sử dụng KSDP hợp lý có thể giảm 50% tỷ lệ nhiễm khuẩn sau phẫu thuật và góp phần làm giảm chi phí cho người bệnh [2]. Mổ lấy thai làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn từ 5 - 20 lần so với sinh đường âm đạo. Việc sử dụng KSDP cũng đã được chứng minh giảm nguy cơ nhiễm khuẩn ở mổ lấy thai và có hiệu quả như việc dùng kháng sinh đa liều điều trị, giúp tiết kiệm chi phí và rút ngắn thời gian nằm viện [3].

Tại bệnh viện Quốc tế Đồng Nai, người bệnh mổ lấy thai chiếm tỷ lệ lớn trong tổng số người bệnh có chỉ định phẫu thuật. Tuy nhiên chưa có nghiên cứu đánh giá tính hợp lý sử dụng KSDP trên nhóm người bệnh này. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “Đánh giá hiệu quả CTQLKS trong sử dụng kháng

sinh dự phòng trên phẫu thuật mổ lấy thai tại Bệnh viện Quốc tế Đồng Nai” nhằm khảo sát đặc điểm sử dụng KSDP trên bệnh nhân mổ lấy thai, đánh giá hiệu quả của CTQLKS và tình trạng xuất viện trước và sau khi áp dụng CTQLKS tại bệnh viện Quốc tế Đồng Nai trong phẫu thuật mổ lấy thai.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Hồ sơ bệnh án (HSBA) của người bệnh có chỉ định mổ lấy thai thuộc phẫu thuật sạch - nhiễm tại Bệnh viện Quốc tế Đồng Nai xuất viện trong khoảng thời gian:

- Giai đoạn 1 (nhóm chứng): 01/10/2016 - 30/03/2017 (trước khi triển khai CTQLKS)

*Tác giả liên hệ

Email: cuong.nguyen2@hoanmy.com Điện thoại: (+84) 359850141 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD17.3656>

- Giai đoạn 2 (nhóm can thiệp): 01/01/2020 - 30/04/2020 (sau khi triển khai CTQLKS).

- Tiêu chuẩn chọn mẫu:

+ Người bệnh có chỉ định mổ lấy thai thuộc phẫu thuật sạch – nhiễm.

+ HSBA đầy đủ dữ liệu để đánh giá tính hợp lý trong sử dụng KSDP (Bảng 1).

+ Thời gian xuất viện nằm trong giai đoạn nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Người bệnh thuộc một trong các tiêu chí sau:

++ 1. Sốt: > 38,5°C trong vòng 24 giờ trước mổ hoặc đã dùng kháng sinh trong vòng 7 ngày trước phẫu thuật.

++ 2. Các bệnh lý nội khoa nặng: suy giảm miễn dịch, tiền sản giật nặng, sản giật, đái tháo đường không kiểm soát, nhau tiền đạo, nhau bong non.

++ 3. Thiếu máu nặng có Hemoglobin $\leq$ 8g/l.

++ 4. Nhiễm trùng ối: Khi có 2 trong 6 tiêu chuẩn sau:

- Sốt: nhiệt độ mẹ > 37,8°C
- Mạch nhanh > 100 lần/phút.
- Tim thai nhanh > 169 lần/phút.
- Tăng cảm giác đau tử cung khi thăm khám.
- Nước ối đổi màu hoặc có mùi hôi.
- Bạch cầu $\geq$ 15000/ml hoặc tăng lên 30%.

++ 5. Nhiễm trùng da vùng mổ.

++ 6. Phẫu thuật có tai biến: mất máu > 1500ml, thất động mạch tử cung.

++ 7. Thai phụ dị ứng Cefazolin hoặc Beta-lactam.

- Quy trình chọn mẫu:

Tất cả HSBA người bệnh có chỉ định mổ lấy thai trong giai đoạn nghiên cứu: Tổng cộng thu được 635 HSBA: nhóm chứng 320 HSBA và nhóm can thiệp 315 HSBA.

Tiến hành đối chiếu với tiêu chuẩn chọn mẫu và tiêu chuẩn loại trừ, chúng tôi còn 579 HSBA đủ điều kiện đưa vào phân tích. Với 292 HSBA nhóm chứng và 287 HSBA nhóm can thiệp.

HSBA bị loại trừ trong cả 2 nhóm là 56. Trong đó: 29 trường hợp sốt hoặc đã dùng kháng sinh trước mổ; 08 trường hợp có bệnh lý nội khoa nặng; 08 trường hợp có thiếu máu nặng; 06 trường hợp nghi ngờ nhiễm trùng ối; 03 trường hợp dị ứng với cefazolin, 02 trường hợp không đủ dữ liệu đánh giá.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu, so sánh trước - sau được thực hiện để đánh giá việc sử dụng KSDP hợp lý trên người bệnh mổ lấy thai thuộc phẫu thuật sạch-nhiễm, từ đó đánh giá hiệu quả của CTQLKS tại Bệnh viện Quốc tế Đồng Nai.

Các tiêu chí đánh giá việc sử dụng hợp lý KSDP được trình bày trong Bảng 1, các bước tiến hành đánh giá trình bày trong Hình 1.

Bảng 1. Tiêu chí đánh giá tính hợp lý trong sử dụng KSDP

Tiêu chí		
Bệnh viện Quốc tế Đồng Nai 2018	CDC 2017/WHO 2016/ ACOG 2018[4,5,6]#	Ghi chú
Chỉ định KSDP		
Chỉ định trong mổ lấy thai	Có chỉ định trong mổ lấy thai	Phù hợp
Loại KSDP		
Cefazolin	Cefazolin đầu tay	Phù hợp
Liều dùng		
2g (hoặc 3g nếu $\geq$ 120kg)	ACOG khuyến cáo	Phù hợp
Đường dùng		
Tĩnh mạch	Tĩnh mạch	Phù hợp
Thời điểm dùng		
Trong vòng 60 phút trước rạch da	Trong vòng 60 phút trước rạch da	Phù hợp
Thời gian dùng KSDP		
Trong vòng 24 giờ sau	Khuyến cáo chỉ dùng 1 liều duy nhất trước mổ, không kéo dài sau mổ.	Tại BV Quốc tế Đồng Nai chỉ kéo dài đến 24h khi bệnh nhân có nguy cơ cao*

#: CDC: Centers for Disease Control and Prevention; WHO: World Health Organization; ACOG: American College of Obstetricians and Gynecologists.

*: Thời gian phẫu thuật kéo dài hơn 4 giờ; lượng máu mất hơn 1500ml; hoặc có vi phạm nguyên tắc vô khuẩn

Sử dụng kháng sinh hợp lý khi đạt tất cả 6 tiêu chí: người bệnh được chỉ định KSDP, loại kháng sinh, liều dùng, đường dùng, thời điểm dùng và thời gian dùng hợp lý. Sử dụng KSDP không hợp lý khi có ít nhất 1 trong các tiêu chí nêu trên không hợp lý.

Đánh giá tình trạng xuất viện dựa trên kết luận của Bác sĩ trên HSBA gồm có các mức độ: Khỏi, đỡ/giảm, không thay đổi, nặng hơn hoặc tử vong.

- Cỡ mẫu:

Lấy mẫu ngẫu nhiên thuận tiện các HSBA thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu và loại trừ.

- Xử lý số liệu:

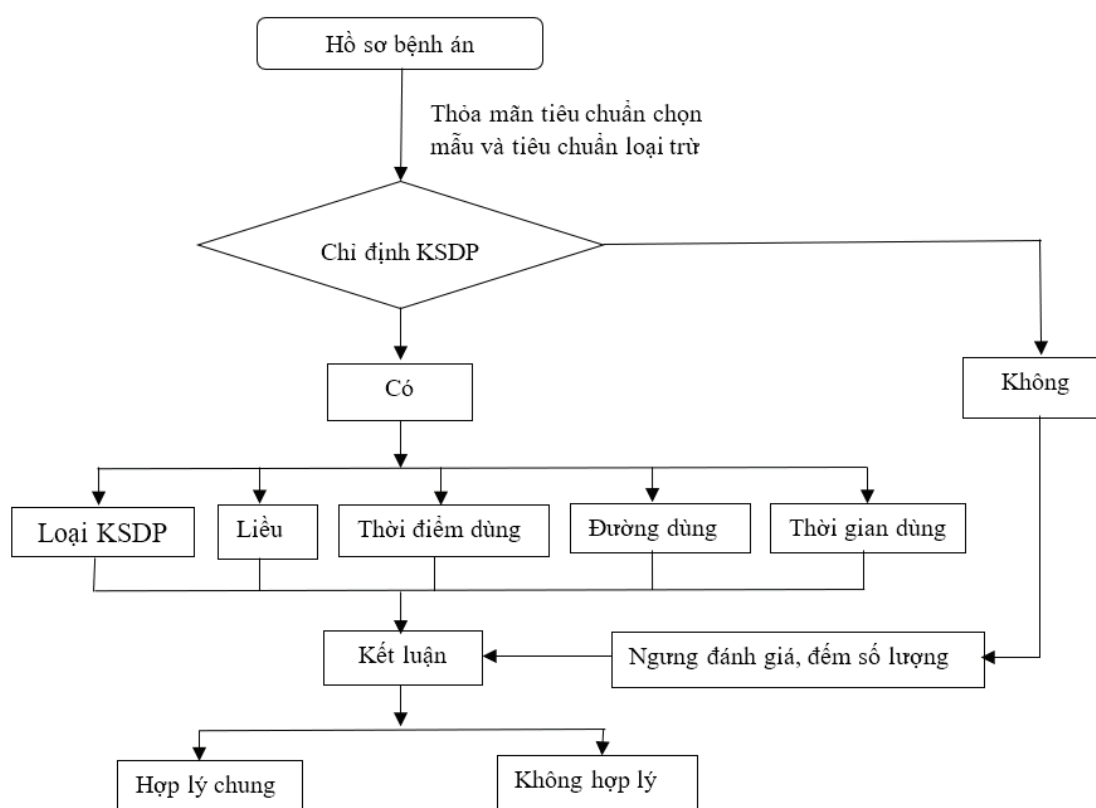
Số liệu được nhập liệu và xử lý bằng phần mềm Microsoft Excel 2016 và SPSS vs.23.

So sánh 2 tỷ lệ ở 2 giai đoạn sử dụng phép kiểm chi bình phương. Để so sánh 2 giá trị trung bình, với biến liên tục có phân phối chuẩn dùng phép kiểm Mann-Whitney, đối với biến liên tục phân phối không chuẩn dùng phép kiểm t-test.

Giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

- Hội đồng khoa học kỹ thuật:

Đề tài đã được nghiệm thu thông qua Hội đồng khoa học kỹ thuật bệnh viện ngày 10 tháng 12 năm 2020 số 477/QĐ-BVQTĐN.



Hình 1. Sơ đồ đánh giá sử dụng KSDP hợp lý

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm nền ở 2 nhóm nghiên cứu

Tổng số người bệnh đưa vào nghiên cứu là 579, bao gồm 292 người bệnh nhóm chứng và 287 người bệnh nhóm can thiệp. Người bệnh trong độ tuổi 18 - 35 chiếm chủ yếu (88,8%). Tuổi thấp nhất là 17 và cao nhất là 44. Người bệnh lớn >35 tuổi sinh mổ ở nhóm can thiệp cao hơn ở nhóm chứng ($p=0,02$). Sản phụ

sinh con thứ 3 và trải qua phẫu thuật mổ lấy thai 2 lần đều cao hơn ở nhóm can thiệp có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$). Lý do mổ lấy thai chủ yếu là bất thường do mẹ và vết mổ cũ đau có tỷ lệ lần lượt là 53,9 và 38,9%; trong đó tỷ lệ đau vết mổ cũ ở nhóm can thiệp cao hơn có ý nghĩa thống kê ($p=0,005$). Các đặc điểm còn lại về nguy cơ nhiễm khuẩn đều không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Đặc điểm nền chi tiết của 2 nhóm được trình bày trong Bảng 2.

Bảng 2. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Đặc điểm mẫu nghiên cứu		n(%) N=579)	Nhóm Chứng		Nhóm can thiệp		p
			N=292	n(%)	N=287	n(%)	
Tuổi	Trung vị	29 [26-33]	29 [26-32]		30 [26-33]		0,05
	Tuổi <18	1 (0,2)	0	0,0	1	0,3%	0,02
	Tuổi 18-35	514 (88,8)	269	92,1	245	85,4	
	Tuổi >35	64 (11,1)	23	7,9	41	14,3	
Lý do mổ lấy thai	BT do mẹ	312 (53,9)	162	55,5	150	52,3	0,438
	BT do thai	74 (12,8)	40	13,7	34	11,8	0,505
	Vỡ ối sớm	34 (5,9)	13	4,5	21	7,3	0,143
	Vết mổ cũ đau	225 (38,9)	97	33,2	128	44,6	0,005
Số lần sinh	Lần đầu	275 (47,6)	152	52,1	123	42,8	0,003
	Lần 2	241 (41,8%)	120	41,1	121	42,2	
	≥ 3 lần	61 (10,6)	20	6,8	43	15,0	
Số lần mổ lấy thai trước đó	Chưa lần nào	347 (59,9)	191	65,4	156	54,4	0,002
	1 lần	198 (34,2)	91	31,2	107	37,3	
	2 lần	34 (5,9)	10	3,4	24	8,4	
Ối vợ sớm		61 (10,5)	26	9,0	35	12,2	0,143
ASA ≥ 3		0 (0,0)	0	0,0	0	0,0	1,000
Thời gian PT ≥ 1 giờ		23 (4,0)	10	3,5	13	4,5	0,496
Chỉ số NNIS=0		556 (96,0)	282	96,6	274	95,5	0,496
Chỉ số NNIS=1		23 (4,0)	10	3,4	13	4,5	
Thời gian PT (phút) Trung vị (IQR)		40 [35-45]	40 [35-45]		40 [35-45]		0,411
Thời gian nằm viện (phút) Trung vị (IQR)		5 [4-5]	5 [4-5]		5 [4-5]		0,537

BT: Bất thường; PT: Phẫu thuật; ASA: American Society of Anesthesiologists;
 NNIS: National Nosocomial Infection Surveillance.

3.2. Đánh giá hiệu quả của chương trình quản lý kháng sinh

3.2.1. Liệu và đường dùng kháng sinh dự phòng

Trong những người bệnh ở nhóm chứng và nhóm can thiệp được sử dụng KSDP, chúng tôi tiến hành xác định tính hợp lý liệu dùng và đường dùng KSDP. Người bệnh trong mẫu nghiên cứu sử dụng KSDP đường tiêm tĩnh mạch 100%. Sau khi loại những người bệnh sử dụng sai loại KSDP và sai liều thì nhóm chứng còn 242 người bệnh và nhóm can thiệp 279 người bệnh.

Bảng 3. Lựa chọn KSDP

Tên thuốc	Liều dùng 1 lần	Nhóm chứng (N=242) n(%)	Nhóm can thiệp (N=279) n(%)
Tiêm tĩnh mạch			
Cefuroxim	750mg	6 (2,5)	
Cefuroxim	1500mg	235 (97,1)	1 (0,4)
Cefotaxim	1000mg	1 (0,4)	1 (0,4)
Cefazolin	2000mg		275 (98,5)
Ampicillin+sulbactam	3000mg		2 (0,7)

3.2.2. Tính hợp lý chung

Tất cả người bệnh được sử dụng KSDP chiếm 90,0%. Tỷ lệ hợp lý chung ở nhóm chứng và nhóm can thiệp chiếm tỷ lệ lần lượt là 0,0% và 86,1% ($p < 0,001$). Kết quả đánh giá tính hợp lý trong sử dụng KSDP ở nhóm chứng và nhóm can thiệp theo các tiêu chí được trình bày trong Bảng 4.

Bảng 4. Tính hợp lý của việc sử dụng KSDP theo tiêu chí

Tiêu chí				
Nhóm chứng (N=292)		Nhóm can thiệp (N=287)		p
n	%	n	%	
Chỉ định KSDP				
242	79,8	279	97,2	0,007
Lựa chọn loại KSDP				
0	0,0	277	99,3	<0,001
Thời điểm dùng KSDP				
241	99,6	279	100,0	0,536

Tiêu chí				
Nhóm chứng (N=292)		Nhóm can thiệp (N=287)		p
n	%	n	%	
Liều KSDP				
236	95,5	279	100,0	0,342
Đường dùng KSDP				
242	100,0	279	100,0	1,00
Thời gian dùng KSDP				
216	89,3	247	88,5	0,437
Hợp lý chung				
0	0,0	247	86,1	<0,001

3.3. Tình trạng xuất viện của bệnh nhân

Hầu hết người bệnh xuất viện đều khỏi bệnh (98,6%). Có 8 người bệnh ra viện với tình trạng đỡ, giảm (1,4%). Tình trạng xuất viện của nhóm chứng và nhóm can thiệp khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 5. Tình trạng người bệnh xuất viện

Tình trạng xuất viện			
(N=579) n(%)	Nhóm chứng n(%) (N=292)	Nhóm can thiệp n(%) (N=287)	p
Khỏi			0,137
571 (98,6)	290 (99,3)	281 (97,9)	
Đỡ, giảm			
8 (1,4)	2 (0,7)	6 (2,1)	

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm nền của người bệnh

Từ 01/10/2016 đến 30/04/2020, nghiên cứu thu thập được 579 hồ sơ bệnh án đủ tiêu chuẩn. Sản phụ mổ lấy thai chủ yếu trong độ tuổi 18–35 (88,8%), tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Văn Dương (2019) là 83,9% [7]. Leaper D (2008) cho thấy nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ tăng ở người bệnh >40 tuổi ($OR=1,24$; 95%CI: 1,07–1,44) [8]. Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều có điểm NNIS <2, không có trường hợp ASA ≥ 3 , thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Văn Dương [7]. Như vậy, phần lớn sản phụ thuộc nhóm nguy cơ nhiễm khuẩn thấp, và không có khác biệt đáng kể giữa hai nhóm.

Theo khuyến cáo của Hội Sản phụ khoa Hoa Kỳ, sinh qua đường âm đạo là lựa chọn an toàn nếu không có chỉ định mổ lấy thai [6]. Trong nghiên cứu này, lý do mổ phổ biến nhất là bất thường do mẹ (53,9%) và vết

mổ cũ đau (38,9%). Tỷ lệ này khác nghiên cứu trong nước [7], có thể do đặc điểm mô hình bệnh viện và dân số.

4.2. Tính hợp lý trong việc sử dụng KSDP

Tỷ lệ sử dụng KSDP hợp lý chung ở nhóm chứng và nhóm can thiệp chiếm tỷ lệ lần lượt là 0,0% và 86,1% ($p < 0,001$). Tại Việt Nam, nghiên cứu của Trịnh Thị Vinh tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Hà Tĩnh giai đoạn 2011 – 2013 và nghiên cứu của Nguyễn Văn Dương 2019 đều cho thấy tỷ lệ sử dụng KSDP hợp lý chung là 0,0% [7,9]. Các nghiên cứu ở Việt Nam tương đồng với kết quả ở nhóm chứng được thực hiện trong giai đoạn 2016-2017, khi CTQLKS trong sử dụng KSDP tại Bệnh viện chúng tôi chưa được triển khai. Trong đó, toàn bộ chỉ định loại KSDP không hợp lý kéo theo tỷ lệ sử dụng KSDP hợp lý chung xuống 0,0%.

Một tổng quan hệ thống của Guovêa M năm 2015 về việc tuân thủ hướng dẫn sử dụng KSDP cho thấy tỷ lệ chỉ định KSDP hợp lý từ 70,3% - 95%, tỷ lệ KSDP được sử dụng đúng thời điểm khuyến cáo từ 12,73% - 100%, tỷ lệ lựa chọn KSDP hợp lý từ 22%-95%, tỷ lệ dùng KSDP hợp lý từ 5,8% - 91,4% và tỷ lệ sử dụng KSDP hợp lý chung từ 0,3 – 84,5% [10]. Kết quả tổng quan hệ thống này phù hợp với kết quả nhóm can thiệp được thực hiện năm 2020, sau khi Bệnh viện chúng tôi xây dựng hướng dẫn sử dụng KSDP trong mổ lấy thai 2018 và triển khai CTQLKS giai đoạn 2019 – 2020. Sau khi triển khai, 2 tiêu chí chỉ định KSDP và loại kháng sinh hợp lý tăng cao chiếm tỷ lệ lần lượt là 97,2% và 99,3%; từ đó tác động tích cực lên tỷ lệ sử dụng KSDP hợp lý chung lên cao chiếm 86,1%. Để đạt được kết quả trên, ngoài việc xây dựng hướng dẫn sử dụng KSDP trong mổ lấy thai thì CTQLKS là rất quan trọng. CTQLKS cần sự phối hợp của nhiều Khoa phòng trong Bệnh viện để kiểm soát việc sử dụng KSDP một cách tốt nhất.

Hiện nay, việc sử dụng kháng sinh kéo dài quá mức cần thiết khi không có nguyên nhân nhiễm khuẩn hoặc nguy cơ nhiễm khuẩn cao sau mổ. Nguyên nhân dẫn đến tình trạng trên có thể do thói quen sử dụng hoặc tâm lý lo sợ tình hình vi sinh phòng mổ cũng như của phòng mổ. Tuy nhiên, theo kết quả nghiên cứu của Lê Thị Anh Thư tại bệnh viện Chợ Rẫy (2010), việc sử dụng kéo dài kháng sinh sau phẫu thuật là không cần thiết vì tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ là không khác biệt và hơn nữa là tiết kiệm chi phí điều trị [11]. Ngoài ra, kéo dài thời gian sử dụng kháng sinh với vai trò dự phòng quá mức cần thiết làm tăng nguy cơ vi khuẩn đề kháng kháng sinh, nguy cơ gặp tác dụng không mong muốn của thuốc và gánh nặng chi phí điều trị [4,6].

4.3. Tình trạng sau khi xuất viện

Tình trạng xuất viện ở 2 nhóm chứng và nhóm can thiệp khác nhau không có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu phân tích gộp của Leaper D (2008) gần đây cũng nhận thấy việc sử dụng KSDP giúp giảm đáng kể tỷ

lệ viêm nội mạc tử cung so với dùng kháng sinh điều trị ($RR = 0,59$; 95%CI: 0,37 - 0,94), cũng như nhiễm khuẩn vết mổ là không khác nhau giữa 2 nhóm (10). Do nghiên cứu của chúng tôi có hồi cứu lại giai đoạn trước nên một số bệnh nhân bị mất dấu không khai thác được tình trạng nhiễm khuẩn vết mổ sau khi xuất viện. Tuy nhiên, kết quả bước đầu cho thấy tiềm năng mở rộng áp dụng KSDP cho các loại phẫu thuật sạch và sạch – nhiễm khác.

5. KẾT LUẬN

Sau khi áp dụng CTQLKS tại Bệnh viện Quốc tế Đồng Nai đã thúc đẩy mạnh mẽ trong việc nâng cao tỷ lệ sử dụng KSDP hợp lý và tình trạng xuất viện không có sự khác biệt trong phẫu thuật mổ lấy thai.

6. KIẾN NGHỊ

Cần nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và đánh giá tình trạng nhiễm khuẩn vết mổ, tình đề kháng kháng sinh và chi phí đối với việc sử dụng KSDP. Triển khai CTQLKS trong sử dụng KSDP trên các phẫu thuật sạch và sạch-nhiễm khác tại Bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Nguyễn Thị Hương Giang. Bước đầu đánh giá hiệu quả của kháng sinh dự phòng Cefuroxim trong phẫu thuật cột sống tại khoa Ngoại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội [Luận văn Thạc sĩ Dược học]. Hà Nội: Trường Đại học Dược Hà Nội; 2014.
- [2] Altermeier A, Burke JF, et al. Definitions and classifications of surgical infections. Manual on Control of Infection in Surgical Patients. 1993;1–16.
- [3] Bộ Y tế. Hướng dẫn sử dụng kháng sinh. Hà Nội: Nhà Xuất bản Y Học; 2015. tr.17–259.
- [4] Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Guideline for the prevention of surgical site infection, 2017. JAMA Surg. 2017;152(8):784–91.
- [5] World Health Organization. Global guidelines for the prevention of surgical site infection. Geneva: WHO; 2016.
- [6] American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 199: Use of prophylactic antibiotics in labor and delivery. Obstet Gynecol. 2018;132(3):e103–19.
- [7] Nguyễn Văn Dương. Phân tích tình hình sử dụng kháng sinh trên người bệnh phẫu thuật mổ lấy thai tại khoa Sản Bệnh viện Đa khoa Quảng Ninh [Luận văn Dược sĩ chuyên khoa cấp I]. Hà Nội: Trường Đại học Dược Hà Nội; 2019.

- [8] Leaper D, Burman-Roy S, Palanca A, Cullen K, Worster D, Gautam-Aitken E, Whittle M. Prevention and treatment of surgical site infection: summary of NICE guidance. *BMJ*. 2008;337:a1924.
- [9] Trịnh Thị Vinh. Nghiên cứu thực trạng nhiễm khuẩn bệnh viện tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Hà Tĩnh từ 2011–2013 [Công trình nghiên cứu khoa học]. Hà Tĩnh: Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Tĩnh; 2013.
- [10] Gouvêa M, Novaes C de O, Pereira DMT, Iglesias AC. Adherence to guidelines for surgical antibiotic prophylaxis: a review. *Braz J Infect Dis*. 2015;19(5):517–24.
- [11] Lê Thị Anh Thư, Nguyễn Văn Khôi. Đánh giá hiệu quả của việc sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật sạch và sạch-nhiễm tại bệnh viện Chợ Rẫy. *Tạp chí Y học Thực hành*. 2010;723(6):4–7.