

SURVEY ON THE USE OF PROPHYLACTIC ANTIBIOTICS IN SURGICAL PROCEDURES AT THE DEPARTMENT OF NEUROSURGERY

Tran Thi Thu Hang¹, Nguyen Thi Ngoc Yen¹, Nguyen Nhu Ho^{2,3*}

¹Faculty of Pharmacy, Hong Bang International University -
215 Dien Bien Phu, Gia Dinh Ward, Ho Chi Minh City, Vietnam

²School of Pharmacy, University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City -
41 Dinh Tien Hoang, Saigon Ward, Ho Chi Minh City, Vietnam

³Nguyen Trai Hospital - 314 Nguyen Trai, An Dong Ward, Ho Chi Minh City, Vietnam

Received: 13/07/2025

Revised: 26/07/2025; Accepted: 05/12/2025

ABSTRACT

Objectives: To investigate the current status of prophylactic antibiotic use in patients undergoing surgery at the department of neurosurgery and to evaluate the appropriateness of antibiotic use based on existing guidelines.

Subjects and methods: A cross-sectional, retrospective study was conducted by reviewing medical records from January to June 2021 at the department of neurosurgery of a grade I hospital in Vietnam.

Results: A total of 209 medical records were reviewed, with male patients accounting for 67.9%. Patients aged 40-60 years represented 45.5% of the sample. Prophylactic antibiotics were administered in 94 cases (45%), with spinal surgery showing the highest rate of prophylactic antibiotic use (70.2%). Cephalosporins were the most commonly prescribed antibiotics (97.9%), all of which were administered within 30-60 minutes before surgical incision. The selection of antibiotics was appropriate in 78.7% of cases based on recommended criteria, and 94.5% of these cases had appropriate dosage.

Conclusion: The rate of appropriate prophylactic antibiotic prescription according to current guidelines was relatively high; however, the overall proportion of patients receiving prophylactic antibiotics was still low. Spinal surgeries had the highest usage rate (70.2%). It is necessary to enhance guidance, supervision, and continuous education to optimize the use of prophylactic antibiotics in neurosurgical procedures.

Keywords: Prophylactic antibiotics, neurosurgery, surgical site infection.

*Corresponding author

Email: nhnguyen@ump.edu.vn **Phone:** (+84) 907381818 **DOI:** 10.52163/yhc.v66i6.3991



KHẢO SÁT TÌNH HÌNH SỬ DỤNG KHÁNG SINH DỰ PHÒNG TRONG PHẪU THUẬT TẠI KHOA NGOẠI THẦN KINH

Trần Thị Thu Hằng¹, Nguyễn Thị Ngọc Yến¹, Nguyễn Như Hồ^{2,3*}

¹Khoa Dược, Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng - 215 Điện Biên Phủ, P. Gia Định, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam
²Trường Dược, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh - 41 Đinh Tiên Hoàng, P. Sài Gòn, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam
³Bệnh viện Nguyễn Trãi - 314 Nguyễn Trãi, P. An Đông, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận: 13/07/2025

Ngày sửa: 26/07/2025; Ngày đăng: 05/12/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Khảo sát tình hình sử dụng kháng sinh dự phòng trên bệnh nhân phẫu thuật tại khoa ngoại thần kinh và đánh giá tính hợp lý về việc sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, hồi cứu dữ liệu hồ sơ bệnh án từ tháng 1-6 năm 2021 tại khoa ngoại thần kinh thuộc một bệnh viện hạng I ở Việt Nam.

Kết quả: Trong 209 hồ sơ bệnh án khảo sát, bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ 67,9%. Bệnh nhân có độ tuổi từ 40-60 tuổi chiếm tỷ lệ 45,5%. Có 94 bệnh nhân (45%) được sử dụng kháng sinh dự phòng. Phẫu thuật cột sống có tỷ lệ dùng kháng sinh dự phòng cao nhất (70,2%). Kháng sinh Cephalosporin được chỉ định nhiều nhất (97,9%) và đều được chỉ định trước thời điểm rạch da 30-60 phút. 78,7% phù hợp về tiêu chí lựa chọn kháng sinh dự phòng theo khuyến cáo, trong đó có 94,5% phù hợp về liều dùng.

Kết luận: Tỷ lệ chỉ định kháng sinh dự phòng hợp lý so với hướng dẫn tương đối cao. Tuy nhiên, tỷ lệ được chỉ định kháng sinh dự phòng còn thấp. Phẫu thuật có tỷ lệ dùng kháng sinh dự phòng cao nhất là phẫu thuật cột sống (70,2%). Cần tăng cường các biện pháp hướng dẫn, giám sát và cập nhật kiến thức nhằm tối ưu hóa việc sử dụng kháng sinh dự phòng.

Từ khóa: Kháng sinh dự phòng, phẫu thuật thần kinh, nhiễm khuẩn vết mổ.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn vết mổ là một trong những biến chứng thường gặp sau phẫu thuật ngoại khoa. Sử dụng kháng sinh (KS) dự phòng trong ngoại khoa là một trong các chiến lược quan trọng giúp giảm thiểu nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ, giảm chi phí điều trị và đồng thời giúp hạn chế tình trạng kháng thuốc [1]. Tuy nhiên, do việc sử dụng rộng rãi và kéo dài các KS phổ rộng trong ngoại khoa, các chủng vi khuẩn gây nhiễm khuẩn vết mổ đa kháng KS xuất hiện ngày càng phổ biến làm cho tình hình nhiễm khuẩn vết mổ nói riêng và nhiễm khuẩn hậu phẫu nói chung ngày càng trở nên khó kiểm soát [2]. Nhằm hiểu rõ hơn về tình hình sử dụng KS trong điều trị phẫu thuật ngoại thần kinh, nghiên cứu này được tiến hành với mục tiêu khảo sát tình hình sử dụng KS dự phòng trên bệnh nhân (BN) phẫu thuật tại khoa ngoại thần kinh và đánh giá tính hợp lý về việc sử dụng KS dự phòng trong phẫu thuật.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh án của BN có chỉ định phẫu thuật được điều trị tại khoa một ngoại thần kinh trong khoảng thời gian từ tháng 1-6 năm 2021.

- Tiêu chuẩn chọn mẫu: phẫu thuật được phân loại là sạch, sạch-nhiễm.

- Tiêu chuẩn loại trừ: BN tử vong hay xuất viện trong vòng 24 giờ sau phẫu thuật.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: phương pháp cắt ngang mô tả, hồi cứu dữ liệu.

- Cỡ mẫu: lấy mẫu toàn bộ các hồ sơ bệnh án phù hợp tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian từ tháng 1-6 năm 2021.

*Tác giả liên hệ

Email: nhnguyen@ump.edu.vn Điện thoại: (+84) 907381818 DOI: 10.52163/yhc.v66i6.3991

- Địa điểm lấy mẫu: mẫu được thu thập tại khoa ngoại thần kinh của một bệnh viện hạng I ở Việt Nam với quy mô gần 1300 giường bệnh.

- Nội dung nghiên cứu: khảo sát đặc điểm chung của BN (tuổi, giới tính, bệnh nền, loại phẫu thuật, thời gian phẫu thuật); khảo sát tình hình sử dụng KS dự phòng cho BN phẫu thuật sạch, sạch-nhiễm (loại KS dự phòng, liều dùng, đường dùng và thời điểm dùng KS dự phòng).

Đánh giá tính hợp lý trong sử dụng KS: chỉ đánh giá tính hợp lý về liều, thời điểm sử dụng KS, thời gian sử dụng KS dự phòng nếu hợp lý về chỉ định loại KS. Tiêu chí đánh giá dựa trên các nguồn tài liệu: Hướng dẫn sử dụng KS của Bộ Y tế (2015) [1], Hướng dẫn sử dụng KS dự phòng trong phẫu thuật ngoại thần kinh tại cơ sở (2021) [4] và Dược thư Quốc gia Việt Nam (2018) [5].

KS dự phòng là KS được sử dụng trong vòng 2 giờ trước phẫu thuật, BN chưa được sử dụng bất kỳ loại KS nào trước đó và có thể kéo dài dưới 24 giờ sau phẫu thuật. Riêng đối với trường hợp phẫu thuật thần kinh phức tạp, có thể cho thêm KS dự phòng từ 3-5 ngày (xem như KS điều trị) [1].

- Phân tích thống kê: dữ liệu được nhập vào máy tính, quản lý, xử lý và phân tích thống kê bằng phần mềm Excel 2018. Các biến liên tục được biểu diễn bằng giá trị trung bình ± độ lệch chuẩn hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị. Các biến phân loại được mô tả theo tần số, tỷ lệ phần trăm.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm BN của mẫu nghiên cứu

Mẫu nghiên cứu thu thập được 209 BN có phẫu thuật thần kinh thuộc loại sạch, sạch-nhiễm.

Bảng 1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu (n = 209)

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính		
Nam	142	67,9
Nữ	67	32,1
Nhóm tuổi		
< 40 tuổi	68	32,5
40-60 tuổi	95	45,5
> 60 tuổi	46	22,0

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Bệnh nền		
Không có bệnh nền	114	54,5
Có bệnh nền	95	45,5
Bệnh lý tim mạch	49	23,4
Tiền sử phẫu thuật sọ não/di chứng tổn thương hệ thần kinh	30	14,4
Đái tháo đường type 2	6	2,9
Đái tháo đường type 2 và bệnh lý tim mạch	9	4,3
Đái tháo đường type 2 và tiền sử phẫu thuật sọ não/di chứng tổn thương hệ thần kinh	1	0,5
Loại phẫu thuật		
Phẫu thuật sọ não	101	48,3
Phẫu thuật cột sống	67	32,1
Phẫu thuật vị trí khác	41	19,6
Thời gian phẫu thuật trung bình (phút)	101,2 ± 53	

3.2. Tình hình sử dụng KS dự phòng và đánh giá tính hợp lý về việc sử dụng KS dự phòng trong phẫu thuật sạch, sạch-nhiễm

KS dự phòng theo loại phẫu thuật (não-màng não, cột sống và vị trí khác): trong 209 trường hợp, có 94 BN được chỉ định KS dự phòng trong ngày phẫu thuật, chiếm tỷ lệ 45%. Phẫu thuật cột sống có lượt kê đơn KS dự phòng cao nhất chiếm tỷ lệ 70,2%, tỷ lệ sử dụng KS dự phòng đối với phẫu thuật sọ não là 26,6% và trong các phẫu thuật khác là 3,2%.

Bảng 2. Thời điểm sử dụng KS dự phòng (n = 94)

Thời điểm sử dụng liều KS đầu tiên	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
> 60 phút trước thời điểm rạch da	1	1,1
30-60 phút trước thời điểm rạch da	93	98,9

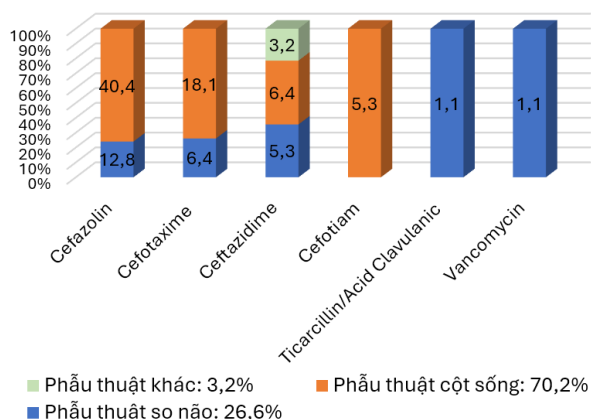
Thời điểm sử dụng KS dự phòng: trên những BN được chỉ định KS dự phòng, đa số đều được thực hiện thuốc trước thời điểm rạch da 30-60 phút (98,9%). Tuy nhiên, 91 BN tiếp tục sử dụng KS kéo dài trên 24 giờ sau mổ, chỉ có 3 BN không có chỉ định bổ sung liều KS trong vòng 24 giờ sau khi đóng vết mổ.

Bảng 3. Loại KS dự phòng sử dụng trong ngày phẫu thuật (n = 94)

Nhóm KS		Hoạt chất	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Cephalo- sporin	Thế hệ 1	Cefazolin	50	53,2
		Cefotaxime	23	24,5
	Thế hệ 3	Ceftazidime	14	14,9
		Cefotiam	5	5,3
	Cộng			92
Penicillin	Ticarcillin/Acid Clavulanic		1	1,1
Glyco- peptid	Vancomycin		1	1,1

Loại KS dự phòng trong ngày phẫu thuật: hầu hết các trường hợp đều được chỉ định KS thuộc nhóm Cephalosporin chiếm tỷ lệ cao nhất (97,9%).

Loại KS sử dụng theo loại phẫu thuật được trình bày trong biểu đồ 1.



Biểu đồ 1. KS dự phòng theo loại phẫu thuật của mẫu nghiên cứu (n = 94)

Ticarcillin/Acid Clavulanic và Vancomycin chỉ được dùng trong phẫu thuật sọ não.

Liều dùng trong KS dự phòng: Cefotaxime được dùng ở 2 dạng liều 1 g/lần (21,3%) và 2 g/lần (3,2%). Các KS Ceftazidime, Cefotiam, Ticarcillin/Acid Clavulanic không nằm trong khuyến cáo lựa chọn KS dự phòng trong phẫu thuật của phác đồ tại bệnh viện năm 2021 cũng như của Bộ Y tế năm 2015 nên không có hướng dẫn về liều.

Liều dùng KS dự phòng được trình bày ở bảng 4.

Bảng 4. Liều dùng KS dự phòng (n = 94)

Tên thuốc			
Liều khuyến cáo	Liều (g)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Cefazolin			
< 120 kg: 2g	2	50	53,2
≥ 120 kg: 3g			
Cefotaxime			
1g	1	20	21,3
2g	2	3	3,2
Vancomycin			
< 70 kg: 1g	0,5	1	1,1
71-99 kg: 1,25g			
Cefotiam			
Không có hướng dẫn	1	5	5,3
Ceftazidime			
Không có hướng dẫn	1	11	11,7
	2	3	3,2
Ticarcillin/Acid Clavulanic			
Không có hướng dẫn	3	1	1,1

- Đường dùng trong KS dự phòng: tất cả các loại KS dự phòng đều được truyền tĩnh mạch với 94 lượt kê đơn, chiếm tỷ lệ 100%. Ngoài truyền tĩnh mạch, các bác sĩ không có chỉ định đường dùng thuốc khác cho BN.

- Đánh giá tính phù hợp của KS dự phòng trong mẫu nghiên cứu: đánh giá tính hợp lý của KS dự phòng về liều, thời điểm sử dụng KS, thời gian sử dụng nếu hợp lý về chỉ định loại KS. Có 74 trường hợp (78,7%) lựa chọn KS dự phòng được xem như phù hợp khuyến cáo, trong đó 94,5% (70/74 trường hợp) phù hợp về liều dùng (bảng 5).

Bảng 5. Tính phù hợp của việc sử dụng KS dự phòng trên từng tiêu chí

Tiêu chí	Tần số (n)	Phù hợp (%)
Lựa chọn KS dự phòng (n = 94)	74	78,7
Liều dùng KS dự phòng (n = 74)	70	94,5
Thời điểm dùng liều KS dự phòng đầu tiên (n = 74)	74	100
Đường dùng KS dự phòng (n = 74)	74	100

4. BÀN LUẬN

Trong số 209 người bệnh được khảo sát, BN nam (67,9%) cao gần gấp đôi số BN nữ. Qua khảo sát, BN nam đa phần ở độ tuổi lao động có chỉ định phẫu thuật sọ não gây ra bởi tai nạn giao thông, tai nạn lao động. Đây cũng là một đặc điểm riêng biệt về BN của khoa ngoại thần kinh trong lần khảo sát này. Có 45,5% BN từ 40-60 tuổi, cho thấy BN ở độ tuổi từ trung niên trở lên chiếm tỷ lệ lớn. Những BN thoái hóa cột sống hoặc tai biến mạch máu não thường bắt đầu bệnh lý ở độ tuổi trung niên trở đi (ngoại trừ các trường hợp cứu cấp phải theo dõi chấn thương sọ não do tai nạn giao thông, tai nạn lao động). Độ tuổi này phù hợp với mô hình bệnh tật của khoa ngoại thần kinh trong nghiên cứu trước đây [3]. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ BN có bệnh đái tháo đường type 2 rất đa dạng với 2,9% BN chỉ mắc đái tháo đường type 2; 4,3% BN có thêm bệnh lý tim mạch; 0,5% BN vừa mắc bệnh đái tháo đường type 2 vừa có tiền sử phẫu thuật chấn thương sọ não. Do đó tổng số BN có bệnh nền liên quan đến bệnh đái tháo đường type 2 là 7,7%. Đái tháo đường type 2 là yếu tố nguy cơ làm gia tăng tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ do lượng đường cao trong máu là điều kiện thuận lợi cho vi khuẩn phát triển khi xâm nhập vào vết mổ nên trong độ đường huyết trước phẫu thuật cao là một trong các yếu tố làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ [3]. Bên cạnh đó, thời gian phẫu thuật cũng là một trong những yếu tố làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ. Khi thời gian phẫu thuật càng lâu thì nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ càng cao, vì vậy cần cân nhắc sử dụng thêm KS dự phòng trong trường hợp phẫu thuật kéo dài hơn 4 giờ [1].

Trong số 94 BN được chỉ định KS dự phòng, KS được chỉ định nhiều nhất là KS nhóm Cephalosporin với tỷ lệ 97,9%; bao gồm các thuốc: Cefazolin, Cefotaxime, Ceftazidime, Cefotiam. Hai loại KS phổ rộng được dùng với tỷ lệ 1,1% bằng nhau là Ticarcillin/Acid Clavulanic và Vancomycin, chỉ được chỉ định dự phòng trong phẫu thuật sọ não, có thể vì đây là những BN có nguy cơ nhiễm trùng sau mổ cao, có tiền sử đã từng phẫu thuật sọ não và có di chứng tổn thương hệ thần kinh.

Cefazolin có ưu điểm là 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 được chứng minh được hiệu quả nên được khuyến cáo dùng trong dự phòng [1], [4-5]. Trong mẫu nghiên cứu, 53,2% Cefazolin được chỉ định với tỷ lệ cao nhất và phù hợp theo khuyến cáo.

Cefotaxime cũng là KS được khuyến cáo dùng trong dự phòng, Cefotaxime bền vững với hầu hết các beta-lactamase của vi khuẩn. So với các Cephalosporin thế hệ 1 và 2, Cefotaxime có tác dụng lên vi khuẩn Gram âm mạnh hơn, nhưng tác dụng lên các vi khuẩn Gram dương lại yếu hơn các Cephalosporin thế hệ 1, tuy vậy nhiều Streptococci

còn rất nhạy cảm với Cefotaxime [1], [5]. Trong mẫu nghiên cứu, 24,5% Cefotaxime được chỉ định làm KS dự phòng và phù hợp theo khuyến cáo [1], [4-5].

Tác nhân gây nhiễm khuẩn vết mổ ở các bệnh viện tại Việt Nam phổ biến là vi khuẩn Gram âm [6]. Điều này lý giải vì sao các KS phổ rộng được ưu tiên trên vi khuẩn Gram âm như các Cephalosporin thế hệ 3 (Ceftazidime, Cefotiam...) được các bác sĩ chỉ định sử dụng dự phòng trong phẫu thuật chiếm tỷ lệ lớn. Tuy nhiên theo các hướng dẫn về sử dụng KS và những báo cáo trên toàn quốc về tình hình sử dụng KS và đề kháng KS, độ nhạy của nhóm Cephalosporin giảm dần theo thời gian: giai đoạn 2000-2001 khoảng 25% các chủng được phân lập kháng với Cephalosporin thế hệ 3 và giai đoạn 2009-2010 cho kết quả lên đến 42% các chủng vi khuẩn Gram âm kháng với Ceftazidime [7]. Trong mẫu nghiên cứu này, Ceftazidime được dùng với tỷ lệ 14,9% và Cefotiam được dùng với tỷ lệ 5,3%. Cả 2 thuốc này không nằm trong danh sách KS được khuyến cáo dùng trong dự phòng [1], [4-5].

Ticarcillin/Acid Clavulanic không được khuyến cáo dùng làm KS dự phòng mà là KS điều trị. Đây là KS phổ rộng được chỉ định điều trị những nhiễm khuẩn nặng do vi khuẩn Gram âm kỵ khí gây ra, do đó cần lưu ý khi sử dụng, đảm bảo hiệu quả và giảm đề kháng KS [1], [4-5]. Trong mẫu nghiên cứu, Ticarcillin/Acid Clavulanic được chỉ định với tỷ lệ 1,1% và chỉ định này không phù hợp theo khuyến cáo.

Vancomycin có tác dụng tốt trên các vi khuẩn Gram dương ưa khí và kỵ khí, bao gồm: tụ cầu, đặc biệt là *Staphylococcus aureus* và *Staphylococcus epidermidis* (kể cả các chủng kháng Methicilin); *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes* và một số chủng *Streptococci* nhóm B. Vancomycin cũng được khuyến cáo là KS dự phòng đặc biệt ở những phẫu thuật có nguy cơ nhiễm MRSA cao [1], [4-5]. Trong mẫu nghiên cứu này, Vancomycin được chỉ định với tỷ lệ 1,1% và phù hợp theo khuyến cáo.

Để đạt được mục tiêu dự phòng nhiễm khuẩn vết mổ, KS dự phòng cần được sử dụng liều phù hợp sao cho nồng độ trong máu và mô đủ để ức chế vi khuẩn tại vị trí rạch da không phát triển thành nhiễm khuẩn loại thuốc này [1]. Liều dùng của KS dự phòng thường tương đương với liều điều trị một lần cao nhất của liều được khuyến cáo của KS đó [1], [4-5]. Trong nghiên cứu này, đa số KS dự phòng được sử dụng với liều thường dùng và chỉ có 1 trường hợp Vancomycin (1,1%) thấp hơn liều khuyến cáo. Việc sử dụng KS dự phòng thấp hơn liều khuyến cáo có thể không đem lại hiệu quả dự phòng nhiễm khuẩn vết mổ cho BN. Trong mẫu nghiên cứu có 3,2% dùng liều KS cao hơn liều khuyến cáo (Cefotaxime truyền tĩnh mạch liều 2 g/lần) [1], [4-5]. Nhìn chung, tỷ lệ BN có liều KS kiểu dự phòng phù hợp liều khuyến cáo là 78,7%, cao hơn so với nghiên cứu được thực hiện bởi Phạm Thị

Kim Huệ và cộng sự với liều đúng theo khuyến cáo là 46,8% [8]. KS dự phòng trước rạch da thường dùng đường tĩnh mạch do nhanh đạt nồng độ thuốc trong máu và mô tế bào. Đường tiêm bắp có thể sử dụng nhưng không đảm bảo về tốc độ hấp thu của thuốc và không ổn định. Đường uống chỉ dùng khi chuẩn bị phẫu thuật trực tràng và đại tràng [1], [4-5]. Trong nghiên cứu này, tất cả BN đều được chỉ định KS dự phòng với đường truyền tĩnh mạch và tất cả đều phù hợp theo khuyến cáo. Đường tiêm tĩnh mạch, tiêm bắp và đường uống không được chỉ định trong mẫu nghiên cứu.

Nghiên cứu cho thấy 94 BN (36,6%) được chỉ định KS dự phòng trong ngày phẫu thuật, trong đó có 3 BN được chỉ định KS trước rạch da 2 giờ và không bổ sung liều sau khi đóng vết mổ; 91 BN phẫu thuật sọ não và cột sống tiếp tục được sử dụng KS 3-5 ngày sau khi đóng vết mổ. Trong mẫu khảo sát, phần lớn BN được sử dụng KS trước rạch da 30-60 phút (98,9%); 1,1% BN được sử dụng KS trước rạch da hơn 60 phút (cụ thể là 100 phút ở BN sử dụng Vancomycin). Thời điểm đưa KS dự phòng là yếu tố quan trọng quyết định thành công trong dự phòng nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ. Để đạt hiệu quả dự phòng tốt nhất, KS nên được sử dụng trước thời điểm rạch da khoảng từ 30-60 phút. Riêng Vancomycin nên bắt đầu sử dụng trong vòng 120 phút trước khi phẫu thuật vì thời gian truyền kéo dài cần thiết cho loại thuốc này [1], [4-5]. Do đó thời điểm dùng liều KS đầu tiên của tất cả các BN đều hợp lý. Theo Hướng dẫn sử dụng KS của Bộ Y tế (2015), KS dự phòng được chỉ định cho tất cả các can thiệp phẫu thuật thuộc phẫu thuật sạch-nhiễm và tối đa 24 giờ sau phẫu thuật [1], nhưng một số khảo sát cho thấy các bác sĩ vẫn có xu hướng kéo dài KS dự phòng vài ngày sau phẫu thuật trị [9]. Việc quyết định dùng KS sau phẫu thuật (trên 24 giờ sau mổ) là một quyết định cần sự cân nhắc kỹ lưỡng. Trong mẫu nghiên cứu này, BN từ trung niên trở lên chiếm tỷ lệ cao, có nhiều bệnh kèm như tiền sử đã từng phẫu thuật do chấn thương sọ não, di chứng nặng nề do tổn thương hệ thần kinh, đái tháo đường, tăng huyết áp. Đây là các yếu tố làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ sau phẫu thuật. Vì vậy, đối với một số phẫu thuật thần kinh phức tạp, thay van tim... hoặc trên một số đối tượng có nguy cơ cao như tuổi cao, suy dinh dưỡng, đái tháo đường..., khuyến cáo có thể dùng thêm KS 3-5 ngày [10]. Bên cạnh đó, thất bại trong việc kiểm soát nhiễm khuẩn vết mổ sẽ để lại di chứng nặng nề cho BN như viêm màng não, viêm thân sống, tổn thương dây thần kinh, tổn thương màng cứng quanh tủy sống hoặc khả năng mổ đi mổ lại nhiều lần, tái nhập viện do nhiễm trùng vết mổ. Do đó, việc tiếp tục sử dụng KS kéo dài trên 24 giờ sau mổ và sử dụng KS từ 3-5 ngày có thể được xem như phù hợp đối với các phẫu thuật thần kinh.

5. KẾT LUẬN

Việc sử dụng KS dự phòng trong phẫu thuật tại khoa ngoại thần kinh nhìn chung được thực hiện tương đối hợp lý, đặc biệt là về thời điểm và liều dùng KS. Tuy nhiên, tỷ lệ BN được chỉ định KS dự phòng vẫn còn thấp so với khuyến cáo, và vẫn còn một số trường hợp chưa tuân thủ đầy đủ các tiêu chí lựa chọn KS. Cần tăng cường các biện pháp hướng dẫn, giám sát và cập nhật kiến thức nhằm tối ưu hóa việc sử dụng KS dự phòng, từ đó góp phần giảm nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ và nâng cao chất lượng chăm sóc sau phẫu thuật cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bộ Y tế. Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 02 tháng 3 năm 2015 về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn sử dụng kháng sinh”.
- [2] WHO. Hand hygiene and the surgical patient journey 2016. <https://www.who.int/campaigns/world-hand-hygiene-day/2016>.
- [3] Nguyễn Đình Xương, Nguyễn Thị Thu Hồng, Nguyễn Thị Kim Chi, Nguyễn Lan Phương. Khảo sát tỉ lệ nhiễm khuẩn vết mổ và các yếu tố liên quan tại Khoa Ngoại thần kinh, Bệnh viện Nguyễn Tri Phương năm 2014-2016. Tạp chí Nghiên cứu Y học, 2017, 21: 130 -7.
- [4] Bệnh viện Nguyễn Đình Chiểu. Phác đồ hướng dẫn sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật ngoại thần kinh của Bệnh viện Nguyễn Đình Chiểu, 2021.
- [5] Bộ Y tế. Dược thư Quốc gia Việt Nam, 2018: 343-1459.
- [6] Trần Đỗ Hùng, Dương Văn Hoanh. Nghiên cứu tình hình nhiễm khuẩn vết mổ và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân sau phẫu thuật tại Khoa Ngoại, Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. Tạp chí Y học thực hành, 2013, 869: 131-134.
- [7] Lê Thị Anh Thư. Tình hình sử dụng kháng sinh trong ngoại khoa tại 9 bệnh viện tỉnh và trung ương. Tạp chí Y học thực hành, 2011, 764: 99-104.
- [8] Phạm Thị Kim Huệ, Đặng Nguyễn Đoàn Trang. Khảo sát việc sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật sạch, sạch-nhiễm tại Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh giai đoạn 9/2016-5/2017. Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, 2018, 22: 83-88.
- [9] Kobayashi M, Takesue Y, Kitagawa Y, Kusunoki M, Sumiyama Y. Antimicrobial prophylaxis and colon preparation for colorectal surgery: Results of a questionnaire survey of 721 certified institutions in Japan. Surg Today, 2011, 41 (10): 1363-9.
- [10] Nguyễn Tri Thức, Phạm Thị Ngọc Thảo, Lê Quốc Hùng. Hướng dẫn sử dụng kháng sinh. Bệnh viện Chợ Rẫy, 2020: 164.