CURRENT PRACTICE OF SURGICAL ANTIBIOTIC PROPHYLAXIS AND FACTORS ASSOCIATED WITH CONVERSION TO THERAPEUTIC ANTIBIOTICS IN CLEAN AND CLEAN-CONTAMINATED GYNECOLOGIC SURGERY AT HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Nguyễn Đức Việt[1], Lê Thị Anh Đào[1,2]

[1]*Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital – 929 La Thanh Street, Lang Ward, Hanoi, Vietnam*
[2]*Hanoi Medical University – 1 Ton That Tung Street, Kim Lien Ward, Hanoi, Vietnam*

Received: 08/08/2026
Reviced: 24/08/2026; Accepted: 19/11/2026

ABSTRACT

Objective: To describe the results of surgical antibiotic prophylaxis and identify factors associated with surgical site infection (SSI) in patients undergoing clean and clean-contaminated gynecologic surgery at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital.

Methods: A prospective cross-sectional descriptive study was conducted among 113 patients undergoing clean and clean-contaminated gynecologic surgery. All patients received cefazolin 1 g intravenously 30–60 minutes before skin incision according to the study protocol. Patient characteristics, surgical characteristics, postoperative infection findings, and conversion to therapeutic antibiotics were recorded. Associations with SSI were assessed using Chi-square/ Fisher's exact tests and the Mann–Whitney U test; odds ratios (ORs) with 95% confidence intervals (CIs) were calculated where appropriate.

Results: The mean age was 37.8 ± 10.6 years and the mean BMI was 21.8 ± 2.5 kg/m^2. Clean surgery accounted for 64.6% and clean-contaminated surgery for 35.4%; laparoscopy accounted for 78.8%. SSI occurred in 7/113 patients (6.2%), including 5.3% superficial and 0.9% deep SSI; no organ/space SSI or reoperation was recorded. All 7 patients with SSI were converted to therapeutic antibiotics, with a mean treatment duration of 5.4 ± 1.0 days. SSI was significantly associated with surgical approach and wound classification: SSI occurred in 25.0% of patients with non-laparoscopic approaches versus 1.1% with laparoscopy (OR = 29.33; 95% CI: 3.55–242.5; $p < 0.001$), and in 12.5% of clean-contaminated versus 2.7% of clean procedures (OR = 5.07; 95% CI: 0.96–26.78; $p = 0.04$). Operative time was longer in patients with SSI than in those without SSI (86.4 ± 33.5 vs. 51.5 ± 25.4 minutes; $p = 0.008$).

Conclusion: Among 113 patients receiving the study prophylaxis regimen, the SSI rate was 6.2%. Surgical approach, wound classification, and operative time were significantly associated with SSI. Because only seven SSI cases were observed, these estimates should be interpreted cautiously and do not establish independent risk factors.

Keywords: surgical antibiotic prophylaxis; gynecologic surgery; surgical site infection; clean surgery; clean-contaminated surgery.

*Corresponding author
Email: nducviet07@gmail.com **Phone**: (+84) 398219802 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i11.7169

THỰC TRẠNG SỬ DỤNG KHÁNG SINH DỰ PHÒNG VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN VIỆC CHUYỂN SANG KHÁNG SINH ĐIỀU TRỊ TRONG PHẪU THUẬT PHỤ KHOA SẠCH VÀ SẠCH NHIỄM TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Nguyễn Đức Việt[1], Lê Thị Anh Đào[1,2]

[1]Bệnh viện Phụ sản Hà Nội – Số 929 La Thành, Phường Láng, Thành phố Hà Nội, Việt Nam
[2]Đại học Y Hà Nội – Số 1 Tôn Thất Tùng, Phường Kim Liên, Thành phố Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 08/08/2026
Ngày chỉnh sửa: 24/08/2026; Ngày duyệt đăng: 19/11/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kết quả sử dụng kháng sinh dự phòng (KSDP) và phân tích một số yếu tố liên quan đến nhiễm khuẩn vết mổ (NKVM) ở bệnh nhân phẫu thuật phụ khoa sạch và sạch nhiễm tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu trên 113 bệnh nhân được phẫu thuật phụ khoa sạch và sạch nhiễm, được sử dụng KSDP bằng cefazolin 1 g đường tĩnh mạch trước rạch da 30–60 phút. Các đặc điểm người bệnh, phẫu thuật, dấu hiệu nhiễm khuẩn sau mổ và việc chuyển sang kháng sinh điều trị (KSĐT) được thu thập và phân tích. So sánh các yếu tố liên quan đến NKVM bằng kiểm định Chi-square/Fisher's Exact Test và Mann–Whitney U; tính OR và KTC 95% khi phù hợp.

Kết quả: Tuổi trung bình 37,8 ± 10,6 tuổi, BMI trung bình 21,8 ± 2,5 kg/m^2. Phẫu thuật sạch chiếm 64,6%, sạch nhiễm 35,4%; nội soi chiếm 78,8%. Tỷ lệ NKVM là 6,2% (7/113), trong đó NKVM nông 5,3% và NKVM sâu 0,9%; không ghi nhận NKVM khoang cơ thể hoặc trường hợp phải tái phẫu thuật. Cả 7 trường hợp NKVM đều được chuyển sang KSĐT, thời gian điều trị trung bình 5,4 ± 1,0 ngày. NKVM liên quan có ý nghĩa với đường phẫu thuật và mức độ sạch của phẫu thuật: tỷ lệ NKVM ở nhóm đường mổ khác cao hơn nội soi (25,0% so với 1,1%; OR = 29,33; KTC 95%: 3,55–242,5; p < 0,001), và ở phẫu thuật sạch nhiễm cao hơn phẫu thuật sạch (12,5% so với 2,7%; OR = 5,07; KTC 95%: 0,96–26,78; p = 0,04). Thời gian phẫu thuật ở nhóm NKVM dài hơn nhóm không NKVM (86,4 ± 33,5 so với 51,5 ± 25,4 phút; p = 0,008).

Kết luận: Trong 113 trường hợp được sử dụng KSDP theo phác đồ nghiên cứu, tỷ lệ NKVM là 6,2%. Đường phẫu thuật, mức độ sạch của phẫu thuật và thời gian phẫu thuật có liên quan có ý nghĩa thống kê với NKVM. Do số trường hợp NKVM ít, các ước lượng cần được diễn giải thận trọng và chưa đủ cơ sở để khẳng định các yếu tố nguy cơ độc lập.

Từ khóa: kháng sinh dự phòng; phẫu thuật phụ khoa; nhiễm khuẩn vết mổ; phẫu thuật sạch; phẫu thuật sạch nhiễm.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn vết mổ (NKVM) là một trong những biến chứng thường gặp sau phẫu thuật, làm tăng tỷ lệ mắc bệnh, kéo dài thời gian nằm viện, gia tăng chi phí điều trị và sử dụng kháng sinh, đồng thời góp phần thúc đẩy tình trạng kháng kháng sinh. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), NKVM là một trong những nhiễm khuẩn liên quan đến chăm sóc y tế phổ biến, đặc biệt tại các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình [1]. Mặc dù nguy cơ NKVM trong phẫu thuật phụ khoa sạch và sạch nhiễm nhìn chung thấp hơn các phẫu thuật nhiễm hoặc bẩn, nguy cơ vẫn tồn tại nếu các biện pháp dự phòng không được tuân thủ đầy đủ [1,4].

Kháng sinh dự phòng (KSDP) là một trong những biện pháp quan trọng nhằm giảm nguy cơ NKVM. Các hướng dẫn của WHO, ASHP, CDC và Bộ Y tế Việt Nam đều nhấn mạnh lựa chọn kháng sinh phù hợp, sử dụng đúng thời điểm trước rạch da và không kéo dài sau phẫu thuật khi không có chỉ định điều trị nhiễm khuẩn [1–4]. Việc sử dụng KSDP hợp lý góp phần hạn chế sử dụng kháng sinh không cần thiết và giảm nguy cơ kháng thuốc.

Trong phẫu thuật phụ khoa, việc phân loại phẫu thuật sạch và sạch nhiễm có ý nghĩa quan trọng đối với nguy cơ NKVM. Các phẫu thuật có mở hoặc tiếp xúc có kiểm soát với đường sinh dục thường được xếp vào nhóm sạch nhiễm và có nguy cơ NKVM cao hơn phẫu thuật sạch [1,4]. Bên cạnh mức độ sạch của phẫu thuật, đường phẫu thuật và thời gian phẫu thuật cũng có thể ảnh hưởng đến nguy cơ NKVM.

Bệnh viện Phụ sản Hà Nội là bệnh viện chuyên khoa với số lượng lớn các ca phẫu thuật phụ khoa. Việc đánh giá kết quả sử dụng KSDP và các yếu tố liên quan đến NKVM có ý nghĩa trong chuẩn hóa thực hành sử dụng kháng sinh và tăng cường quản lý kháng sinh tại bệnh viện. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm: (1) Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đặc điểm phẫu thuật của các

*Tác giả liên hệ
Email: nducviet07@gmail.com **Điện thoại**: (+84) 398219802 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i11.7169

bệnh nhân phẫu thuật phụ khoa sạch và sạch nhiễm; (2) Đánh giá kết quả sử dụng KSDP và phân tích một số yếu tố liên quan đến NKVM.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là 113 bệnh nhân được phẫu thuật phụ khoa sạch và sạch nhiễm tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội và được sử dụng KSDP theo phác đồ nghiên cứu.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật phụ khoa sạch hoặc sạch nhiễm; được chỉ định cefazolin 1 g đường tĩnh mạch trước rạch da 30–60 phút; không sử dụng kháng sinh trong vòng 48 giờ trước phẫu thuật; đồng ý tham gia nghiên cứu và có đủ thông tin theo phiếu thu thập số liệu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Có dấu hiệu nhiễm khuẩn trước mổ; phẫu thuật thuộc nhóm nhiễm hoặc bẩn; chuyển sang KSĐT do các nguyên nhân trong mổ như mất máu >1.500 mL, tổn thương tạng gây bội nhiễm hoặc chuyển KSĐT theo kinh nghiệm mà không có dấu hiệu nhiễm khuẩn xác định; phẫu thuật kéo dài trên 4 giờ và phải nhắc lại liều KSDP; chuyển viện trong thời gian điều trị.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội, trong thời gian từ tháng 8 năm 2025 đến tháng 6 năm 2026.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ, với p = 93,18% theo nghiên cứu của Thân Thị Mỹ Linh và cộng sự, $\Delta = 0,05$, $\alpha = 0,05$ và $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ [6]. Cỡ mẫu lý thuyết tính được là 98 bệnh nhân. Thực tế thu thập được 113 bệnh nhân phù hợp tiêu chuẩn nghiên cứu.

2.5. Quy trình và tiêu chí đánh giá

Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu được sử dụng cefazolin 1 g đường tĩnh mạch, trước rạch da 30–60 phút và không kéo dài KSDP không cần thiết sau phẫu thuật. Nghiên cứu theo dõi các dấu hiệu nhiễm khuẩn tại vết mổ, thân nhiệt và các xét nghiệm bilan viêm khi có chỉ định. Người bệnh được theo dõi trong thời gian nằm viện và được hẹn tái khám khi có dấu hiệu bất thường hoặc sau 30 ngày kể từ ngày phẫu thuật.

Các tiêu chí chính gồm: tỷ lệ NKVM; phân loại NKVM nông, sâu hoặc khoang cơ thể; thời điểm phát hiện; tái phẫu thuật do NKVM; tỷ lệ chuyển sang KSĐT, loại KSĐT và thời gian điều trị.

2.6. Thu thập và xử lý số liệu

Thông tin được thu thập bằng phiếu thống nhất và xử lý bằng phần mềm SPSS. Biến định tính được trình bày bằng tần số và tỷ lệ phần trăm; biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn, đồng thời ghi nhận giá trị nhỏ nhất và lớn nhất. So sánh các biến định tính bằng Chi-square hoặc Fisher's Exact Test khi phù hợp; các biến định lượng giữa hai nhóm được so sánh bằng Mann–Whitney U. Tính OR và KTC 95% đối với các biến định tính khi phù hợp. Giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê. Do chỉ ghi nhận 7 trường hợp NKVM, nghiên cứu không thực hiện hồi quy đa biến và không kết luận về yếu tố nguy cơ độc lập.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả, quan sát, không can thiệp. Đề tài đã được thông qua Hội đồng đạo đức của Bệnh viện Phụ sản Hà Nội (số CS/PSHN/DD/26/13) và được sự cho phép của Hội đồng khoa học Trường Đại học Y Hà Nội. Thông tin định danh được mã hóa, bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 113)

Đặc điểm	Kết quả
Tuổi (TB ± SD)	37,8 ± 10,6 tuổi
Nhóm tuổi 35–49	47,8%
BMI (TB ± SD)	21,8 ± 2,5 kg/m^2
Có tiền sử phẫu thuật ổ bụng	15 (13,3%)
Không có tiền sử phẫu thuật ổ bụng	98 (86,7%)
Phẫu thuật sạch	73 (64,6%)
Phẫu thuật sạch nhiễm	40 (35,4%)

Nhận xét: Tuổi trung bình là 37,8 ± 10,6 tuổi, BMI trung bình 21,8 ± 2,5 kg/m^2. Nhóm tuổi 35–49 chiếm tỷ lệ cao nhất (47,8%). Phẫu thuật sạch chiếm 64,6%, phẫu thuật sạch nhiễm 35,4%.

Bảng 2. Đặc điểm phẫu thuật

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nội soi	89	78,8
Mở bụng	22	19,5
Âm đạo	2	1,8
Mê nội khí quản	91	80,5
Tê tủy sống	22	19,5

Nhận xét: Nội soi là đường phẫu thuật chủ yếu (78,8%), tiếp theo là mổ mở bụng (19,5%). Mê nội khí quản được sử dụng ở 80,5% trường hợp. Thời gian phẫu thuật trung bình 54 ± 27 phút, lượng máu mất 191 ± 194 mL và thời gian nằm viện 5,4 ± 1,0 ngày.

Bảng 3. Kết quả sau phẫu thuật và tình trạng nhiễm khuẩn vết mổ (n = 113)

Kết quả	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Không NKVM	106	93,8
NKVM	7	6,2
NKVM nông	6	5,3
NKVM sâu	1	0,9
Nhiễm khuẩn khoang cơ thể	0	0
Phát hiện NKVM trong thời gian nằm viện	7	6,2
Phát hiện NKVM khi theo dõi ngoại trú	0	0
Tái phẫu thuật do NKVM	0	0

Nhận xét: Trong 113 trường hợp, có 7 trường hợp NKVM (6,2%), gồm 6 NKVM nông (5,3%) và 1 NKVM sâu (0,9%). Tất cả các trường hợp NKVM được phát hiện trong thời gian nằm viện; không ghi nhận NKVM khoang cơ thể hoặc trường hợp phải tái phẫu thuật.

Bảng 4. Dấu hiệu nhiễm khuẩn và sử dụng kháng sinh điều trị

Nội dung	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Sốt	7	6,2
Vết mổ sưng đỏ	7	6,2

Nội dung	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Vết mổ chảy dịch	2	1,8
Tăng bạch cầu sau mổ	7	6,2
CRP tăng sau mổ	7	6,2
Chuyển sang KSĐT	7	6,2
Ampicillin + sulbactam	6	5,3
Cefepime + metronidazol	1	0,9

Nhận xét: Cả 7 trường hợp NKVM đều có sốt, vết mổ sưng đỏ, tăng bạch cầu và CRP sau mổ; 2 trường hợp có vết mổ chảy dịch. Cả 7 trường hợp NKVM đều được chuyển sang KSĐT; ampicillin + sulbactam được sử dụng ở 6 trường hợp và cefepime + metronidazol ở 1 trường hợp. Thời gian sử dụng KSĐT trung bình là 5,4 ± 1,0 ngày, dao động 4–7 ngày.

Bảng 5. Mối liên quan giữa mức độ sạch của phẫu thuật và NKVM

Mức độ sạch	Có NKVM n (%)	Không NKVM n (%)	OR (95%CI)	p
Sạch nhiễm	5 (12,5)	35 (87,5)	5,07 (0,96–26,78)	0,04
Sạch	2 (2,7)	71 (97,3)	1,00	—
Tổng	7 (6,2)	106 (93,8)		

Nhận xét: Tỷ lệ NKVM ở phẫu thuật sạch nhiễm là 12,5%, cao hơn phẫu thuật sạch (2,7%). Phẫu thuật sạch nhiễm có odds NKVM cao hơn 5,07 lần so với phẫu thuật sạch (OR = 5,07; KTC 95%: 0,96–26,78; p = 0,04).

Bảng 6. Một số yếu tố liên quan đến NKVM

Yếu tố	Nhóm có NKVM	Nhóm không NKVM	OR/khác biệt	p
Đường mổ khác vs nội soi	6/24 (25,0%)	1/89 (1,1%)	OR = 29,33 (3,55–242,5)	<0,001
Tiền sử phẫu thuật ổ bụng	1/20 (5,0%)	6/93 (6,5%)	OR = 1,31 (0,15–11,29)	1,000
Tuổi (năm)	43,4 ± 4,9	37,5 ± 10,8	Khác biệt trung bình	0,123
Bạch cầu trước mổ (G/L)	7,5 ± 1,9	8,0 ± 3,8	Khác biệt trung bình	0,863
Lượng máu mất (mL)	228,6 ± 111,3	188,9 ± 198,2	Khác biệt trung bình	0,131
Thời gian phẫu thuật (phút)	86,4 ± 33,5	51,5 ± 25,4	Khác biệt trung bình	0,008
BMI (kg/m^2)	23,1 ± 2,8	21,8 ± 2,4	Khác biệt trung bình	0,250

Nhận xét: Đường mổ khác có tỷ lệ NKVM 25,0%, cao hơn rõ rệt so với nội soi 1,1% (OR = 29,33; KTC 95%: 3,55–242,5; p < 0,001). Thời gian phẫu thuật ở nhóm NKVM dài hơn nhóm không NKVM (86,4 ± 33,5 so với 51,5 ± 25,4 phút; p = 0,008). Tiền sử phẫu thuật ổ bụng, tuổi, bạch cầu trước mổ, lượng máu mất và BMI chưa ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê với NKVM. Do chỉ có 7 trường hợp NKVM, không thực hiện hồi quy đa biến.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung và đặc điểm phẫu thuật

Nghiên cứu gồm 113 bệnh nhân phẫu thuật phụ khoa sạch và sạch nhiễm. Tuổi trung bình 37,8 ± 10,6 tuổi và BMI trung bình 21,8 ± 2,5 kg/m^2. Nhóm tuổi 35–49 chiếm tỷ lệ cao nhất. Đây là nhóm bệnh nhân thường gặp các bệnh lý phụ khoa cần phẫu thuật như chửa ngoài tử cung, u xơ cơ tử cung và u nang buồng trứng; ba chỉ định này lần lượt chiếm 34,5%, 32,7% và 21,2% trong nghiên cứu.

Phẫu thuật sạch chiếm 64,6%, trong khi phẫu thuật sạch nhiễm chiếm 35,4%. Cơ cấu này phản ánh sự đa dạng của phẫu thuật phụ khoa tại bệnh viện, trong đó phẫu thuật sạch chủ yếu gồm cắt vòi tử cung, bóc u buồng trứng, bóc u xơ tử cung và cắt phần phụ; phẫu thuật sạch nhiễm chủ yếu gồm cắt tử cung hoàn toàn và bán phần. Đường phẫu thuật nội soi chiếm 78,8%, mổ mở 19,5% và đường âm đạo 1,8%.

Thời gian phẫu thuật trung bình là 54 ± 27 phút và lượng máu mất trung bình 191 ± 194 mL. Các đặc điểm này cần được xem xét khi đánh giá nguy cơ NKVM, bởi thời gian phẫu thuật kéo dài có thể làm tăng thời gian phơi nhiễm của phẫu trường và thường phản ánh mức độ phức tạp của cuộc mổ [7–10].

4.2. Kết quả sử dụng kháng sinh dự phòng và NKVM

Trong nghiên cứu, phác đồ KSDP sử dụng cefazolin 1 g đường tĩnh mạch trước rạch da 30–60 phút và không kéo dài KSDP không cần thiết sau phẫu thuật. Đây là phác đồ được xác định trước trong quy trình nghiên cứu. Tỷ lệ NKVM trong nghiên cứu là 6,2% (7/113), gồm 5,3% NKVM nông và 0,9% NKVM sâu; không ghi nhận NKVM khoang cơ thể và không có trường hợp tái phẫu thuật. Tất cả 7 trường hợp được phát hiện trong thời gian nằm viện. Tuy nhiên, kết quả này cần được đặt trong tổng thể các biện pháp phòng NKVM, bao gồm vô khuẩn phẫu thuật, kỹ thuật phẫu thuật và chăm sóc sau mổ [1,4].

Trong 7 trường hợp NKVM, tất cả đều có sốt, vết mổ sưng đỏ, tăng bạch cầu và CRP sau mổ; 2 trường hợp có vết mổ chảy dịch. Cả 7 trường hợp đều được chuyển sang KSĐT, trong đó 6 trường hợp dùng ampicillin + sulbactam và 1 trường hợp dùng cefepime + metronidazol, thời gian điều trị trung bình 5,4 ± 1,0 ngày. Việc chẩn đoán NKVM và phân loại mức độ nhiễm khuẩn theo tiêu chuẩn chẩn đoán của CDC/NSHN, không phụ thuộc vào các dấu hiệu đơn lẻ như sốt, tăng bạch cầu và tăng CRP. Vì các dấu hiệu này có thể tăng nhất thời do phản ứng sau mổ mà không liên quan đến tình trạng nhiễm khuẩn.

4.3. Các yếu tố liên quan đến NKVM

Trong nghiên cứu này đường phẫu thuật có mối liên quan rõ rệt với NKVM. Tỷ lệ NKVM ở nhóm đường mổ khác là 25,0% (6/24), cao hơn nhiều so với 1,1% (1/89) ở nhóm nội soi; OR = 29,33, KTC 95%: 3,55–242,5, p < 0,001. Mức độ sạch của phẫu thuật cũng liên quan có ý nghĩa thống kê với NKVM. Tỷ lệ NKVM ở phẫu thuật sạch nhiễm là 12,5%, cao hơn phẫu thuật sạch là 2,7% (OR = 5,07; KTC 95%: 0,96–26,78; p = 0,04). Kết quả phù hợp với nguyên lý phân loại phẫu thuật, trong đó phẫu thuật sạch nhiễm có sự tiếp xúc có kiểm soát với hệ vi sinh vật thường trú và do đó có nguy cơ nhiễm khuẩn cao hơn phẫu thuật sạch [1,4].

Thời gian phẫu thuật là yếu tố định lượng duy nhất có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê: 86,4 ± 33,5 phút ở nhóm NKVM so với 51,5 ± 25,4 phút ở nhóm không NKVM (p = 0,008). Chênh lệch khoảng 35 phút cho thấy thời gian phẫu thuật kéo dài có thể là dấu hiệu của các ca phẫu thuật phức tạp hơn và làm tăng thời gian phơi nhiễm của phẫu trường [7–10].

Ngược lại, tiền sử phẫu thuật ổ bụng, tuổi, bạch cầu trước mổ, lượng máu mất và BMI chưa cho thấy mối liên

quan có ý nghĩa thống kê với NKVM. Đặc biệt, lượng máu mất có xu hướng cao hơn ở nhóm NKVM nhưng p = 0,131. Kết quả này không khẳng định các yếu tố trên hoàn toàn không liên quan, vì chỉ có 7 trường hợp NKVM làm giảm khả năng phát hiện khác biệt.

5. KẾT LUẬN

Trên 113 bệnh nhân phẫu thuật phụ khoa sạch và sạch nhiễm được sử dụng cefazolin 1 g đường tĩnh mạch trước rạch da 30–60 phút, tỷ lệ NKVM là 6,2%; trong đó NKVM nông 5,3%, NKVM sâu 0,9%, không ghi nhận NKVM khoang cơ thể và không có trường hợp tái phẫu thuật. Cả 7 trường hợp NKVM đều được chuyển sang KSĐT với thời gian điều trị trung bình 5,4 ± 1,0 ngày. NKVM có liên quan có ý nghĩa thống kê với đường phẫu thuật, mức độ sạch của phẫu thuật và thời gian phẫu thuật. Do số trường hợp NKVM ít, các kết quả về mức độ liên quan cần được diễn giải thận trọng và chưa đủ cơ sở để xác định các yếu tố nguy cơ độc lập.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] World Health Organization. (2018). Global guidelines for the prevention of surgical site infection. Geneva: WHO. **ISBN:** 978-92-4-155047-5

[2] Bratzler, D. W., Dellinger, E. P., Olsen, K. M., et al. (2013). Clinical practice guidelines for antimicrobial prophylaxis in surgery. American Journal of Health-System Pharmacy, 70(3), 195–283. DOI: 10.2146/ajhp120568

[3] Bộ Y tế. (2015). Hướng dẫn sử dụng kháng sinh. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học.

[4] Berríos-Torres, S. I., et al. (2017). CDC guideline for the prevention of surgical site infection. JAMA Surgery, 152(8), 784–791. DOI: 10.1001/jamasurg.2017.0904

[5] World Health Organization. (2019). Antimicrobial stewardship programmes in health-care facilities in low- and middle-income countries: A practical toolkit. Geneva: WHO. ISBN 978-92-4-151548-1.

[6] Linh, T. T. M., & Mai, P. M. (2015). Sử dụng kháng sinh dự phòng trên bệnh nhân mổ phụ khoa ở Bệnh viện Từ Dũ 2011–2012. Tạp chí Phụ sản, 13(2B), 66–68. Doi 10.46755/vjog.2015.2B.882.

[7] Allegranzi B, Bischoff P, de Jonge S, et al. New WHO recommendations on preoperative measures for surgical site infection prevention: an evidence-based global perspective. Lancet Infect Dis. 2016;16(12):e276-e287. doi:10.1016/S1473-3099(16)30398-X

[8] de Jonge SW, Gans SL, Atema JJ, Solomkin JS, Dellinger PE, Boermeester MA. Timing of preoperative antibiotic prophylaxis in 54,552 patients and the risk of surgical site infection: a systematic review and meta-analysis. Medicine (Baltimore). 2017;96(29):e6903. doi:10.1097/MD.0000000000006903.

[9] Korol E, Johnston K, Waser N, Sifakis F, Jafri HS, Lo M, Kyaw MH. A systematic review of risk factors associated with surgical site infections among surgical patients. PLoS One. 2013;8(12):e83743. doi:10.1371/journal.pone.0083743

[10] Yue Y, Zhao T. Risk factors for surgical site infections after hysterectomy: A systematic review and meta-analysis. Pak J Med Sci. 2026;42(3):784-795. doi:10.12669/pjms.42.3.13718.