

do độc tính hạ bạch cầu hạt độ 3,4. Bệnh nhân buồn nôn và nôn chiếm tỷ lệ cao 50%, tuy nhiên đã phục hồi do dùng các thuốc chống nôn hỗ trợ. Không có trường hợp nào phải giảm điều trị hay ngưng điều trị do độc tính nặng không phục hồi. Tổng hợp từ các nghiên cứu khác về phác đồ bộ đôi platinum, tác dụng phụ đáng ngại nhất của phác đồ này là hạ bạch cầu, tỷ lệ hạ bạch cầu cao hơn đáng kể so với các phác đồ hỗ trợ khác [2]. Phác đồ peme-cis có tỷ lệ hạ bạch cầu ít hơn với 45% nhưng độ ¾ thấp. Tuy nhiên, các nghiên cứu cũng đưa ra kết luận rằng độc tính của phác đồ này là có thể chấp nhận được. Thử nghiệm JIPANG cho kết quả cao hơn về độc tính so với trong nghiên cứu của chúng tôi.

V. KẾT LUẬN

5.1. Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng. Nhóm tuổi hay gặp nhất ở cả 2 giới là 50-59 tuổi chiếm 34,5%. Tuổi trung bình là 56,94 tuổi. Bệnh nhân nam chiếm chủ yếu với 72,7% (48/66), bệnh nhân nữ chiếm 27,3% (18/66). tỷ lệ nam: nữ là 2,67:1. Có 53,5% bệnh nhân tăng CEA, 30,2% bệnh nhân tăng Cyfra 21-1 tại thời điểm trước điều trị. Nhóm bệnh nhân không có di căn hạch chiếm 70%, di căn hạch N1,N2 chiếm tỷ lệ thấp hơn, lần lượt là 23,3% và 6,7%.

Đặc điểm mô bệnh học, ung thư biểu mô tuyến chiếm tỷ lệ cao nhất (76,7%). Bệnh nhân giai đoạn IB chiếm tỷ lệ 35%, giai đoạn II chiếm 53,4%, giai đoạn IIIA chiếm 11,6%.

5.2. Kết quả điều trị. Với thời gian theo dõi trung bình 40 tháng, có 23 trường hợp tái phát, di căn.

Thời gian sống thêm không bệnh trung bình là: $30,5 \pm 1,67$ tháng.

Không có sự khác biệt về DFS giữa 2 phác đồ được sử dụng.

Thời gian sống thêm không bệnh của nhóm bệnh nhân giai đoạn IIIA thấp hơn so với nhóm giai đoạn IB,II. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p=0,003$.

5.3. Độc tính. Các độc tính huyết học hay gặp nhất là hạ bạch cầu với 60 % ở nhóm dùng vin-cis, 45% ở nhóm dùng peme-cis. Nôn, buồn nôn là tác dụng phụ hay gặp nhất ngoài hệ tạo huyết chiếm 50%. Độc tính độ 3,4 của cả 2 phác đồ là thấp <10%. Các độc tính của phác đồ vẫn được xem là có thể chấp nhận được.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **GS.TS Trần Văn Thuận Ung** thư phổi không tế bào nhỏ. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh ung thư thường gặp. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 92-105.
2. **Hiro Ken et al**, (2019), Randomized phase III study of pemetrexed/cisplatin (Pem/Cis) versus vinorelbine /cisplatin (Vnr/Cis) for completely resected stage II-III non-squamous non-small-cell lung cancer (Ns-NSCLC): The JIPANG study, ASCO 2019.
3. **Pepe C., Hasan B., Winton T.L. và cộng sự.** (2007). Adjuvant vinorelbine and cisplatin in elderly patients: National Cancer Institute of Canada and Intergroup Study JBR. 10. J Clin Oncol, **25(12)**, 1553-1561.
4. **Douillard J.-Y., Tribodet H., Aubert D. và cộng sự.** (2010). Adjuvant cisplatin and vinorelbine for completely resected non-small cell lung cancer: subgroup analysis of the Lung Adjuvant Cisplatin Evaluation. J Thorac Oncol, **5(2)**, 220-228.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG Ở TRẺ PHẪU THUẬT ĐƯỜNG TIÊU HÓA BỊ NHIỄM KHUẨN VẾT MỖ TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1

Nguyễn Hoàng Nam¹, Nguyễn Thị Trân Châu¹,
Phùng Nguyễn Thế Nguyên¹, Tạ Văn Trâm¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở trẻ phẫu thuật đường tiêu hóa bị nhiễm khuẩn vết mổ tại bệnh viện Nhi Đồng 1. **Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu, mô tả loạt ca trên 403 bệnh nhi

được phẫu thuật tiêu hóa nhập vào khoa Hồi sức Ngoại bệnh viện Nhi Đồng 1 từ ngày 01/01/2019 đến 30/12/2021. **Kết quả:** Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ phẫu thuật tiêu hóa là 13,8%, chủ yếu ở nhóm trẻ từ 1 tháng-24 tháng (64,3%). Tỷ lệ nam/nữ là 1/1,24. Phẫu thuật ruột non có tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ cao nhất (43%). Sốt chiếm 33%; vết mổ sưng, nóng, đỏ, đau và chảy mủ từ lớp da, dưới da chiếm 13,3%. 89,5% mẫu dịch mủ nuôi cấy phân lập được vi khuẩn, trong đó 1 loại tác nhân gây tình trạng nhiễm khuẩn vết mổ chiếm 61,8% và 67,3% là do vi khuẩn Gram âm gây ra. **Kết luận:** Cần chủ động khám phát hiện và điều trị sớm nhiễm khuẩn vết mổ cho những bệnh nhi tiền

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tiền Giang

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng Nam

Email: drhoangnamtg142@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 28.10.2022

Ngày duyệt bài: 10.11.2022

sử phẫu thuật hệ tiêu hóa; có bệnh lý đi kèm, phẫu thuật ruột non... và khi chưa có kết quả kháng sinh đồ nên sử dụng kháng sinh phối hợp có phổ điều trị cho vi khuẩn Gram âm.

Từ khóa: Nhiễm khuẩn vết mổ, phẫu thuật đường tiêu hóa

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS IN CHILDREN OF GASTROINTESTINAL TRACT SURGERY INFECTED WITH BACTERIOLOGICAL INCISIONS AT CHILDREN'S HOSPITAL 1

Objectives: To describe clinical and paraclinical characteristics in children undergoing gastrointestinal surgery with surgical site infection at Children's Hospital 1. **Methods:** Retrospective study, case series description of 403 pediatric patients undergoing gastrointestinal surgery admitted to the Outpatient Department of Children's Hospital 1 from January 1, 2019, to December 30, 2021. **Results:** The surgical site infection rate was 13.8%, mainly in children from 1 month to 24 months (64.3%). The male/female ratio is 1/1.24. Minor bowel surgery had the highest surgical site infection rate (43%). Fever accounted for 33%; The incision is swollen, hot, red, and painful, and pus drains from the skin, under the skin, accounting for 13.3%. 89.5% of pus culture samples were isolated from bacteria, of which 1 type of causative agent for surgical site infection accounted for 61.8%, and Gram-negative bacteria caused 67.3%. **Conclusions:** It is necessary to proactively examine, detect and treat surgical site infections early for pediatric patients with a history of gastrointestinal surgery; there are comorbidities, minor bowel surgery, and when the results of the antibiogram are not available, a combination antibiotic with a therapeutic spectrum for Gram-negative bacteria should be used.

Keywords: Surgical site infection, gastrointestinal surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn vết mổ (NKVM) là một trong những bệnh nhiễm khuẩn liên quan đến chăm sóc sức khỏe phổ biến nhất sau phẫu thuật đường tiêu hóa. Ở trẻ em, NKVM gây ra những hậu quả kinh tế và xã hội quan trọng, dẫn đến việc trẻ phải nghỉ học và mất ngày làm việc của cha mẹ, khiến các thành viên gia đình có nguy cơ chi tiêu cho y tế nhiều hơn. Mặc dù đã có những cải tiến về phương pháp phẫu thuật cùng những hiểu biết về tác nhân gây bệnh và việc sử dụng rộng rãi liệu pháp kháng sinh dự phòng. Tuy nhiên tình trạng NKVM vẫn liên tục xảy ra, làm trầm trọng thêm tình trạng bệnh, tăng tỷ lệ tử vong ở các bệnh nhi sau phẫu thuật.

Theo Hội Kiểm soát Nhiễm khuẩn Châu Á Thái Bình Dương thì tỷ lệ NKVM có sự khác biệt trên toàn cầu, từ tỷ lệ NKVM ghi nhận 0,9% ở Mỹ, đến 2,6% ở Ý, 2,8% ở Úc, 2,1% ở Hàn

Quốc, đến 6,1% ở các nước có thu nhập trung bình thấp và 7,8% ở Đông Nam Á và Singapore. Tại Việt Nam, tỉ lệ NKVM ở người lớn dao động khoảng từ 3,6 – 17,7% số bệnh nhân được phẫu thuật⁽⁷⁾. Trong các phẫu thuật ngoại khoa, phẫu thuật tiêu hóa có nguy cơ NKVM cao hơn vì khi can thiệp vào đường tiêu hóa sẽ tăng nguy cơ phơi nhiễm với vi khuẩn. Tỷ lệ NKVM sau phẫu thuật đường tiêu hóa ở nhi trong vòng 30 ngày là 6,3% - 57,6%⁽³⁾. Bệnh viện Nhi đồng 1 là một trong những bệnh viện chuyên khoa Nhi lớn ở khu vực đồng bằng Sông Cửu Long, có nhiệm vụ tiếp nhận bệnh nhi ở khu vực thành phố Hồ Chí Minh và bệnh nhi nặng được chuyển tuyến từ các bệnh viện khu vực phía Nam. Tại Việt Nam, hiện chưa có nghiên cứu về NKVM sau phẫu thuật tiêu hóa ở trẻ, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này.

Mục tiêu nghiên cứu. *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở trẻ phẫu thuật đường tiêu hóa bị nhiễm khuẩn vết mổ tại bệnh viện Nhi Đồng 1.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Dân số chọn mẫu. Tất cả bệnh nhi được phẫu thuật đường tiêu hóa nhập khoa Hồi sức Ngoại Bệnh viện Nhi Đồng 1 từ 01/01/2019 đến 30/12/2021.

Tiêu chuẩn lựa chọn. Bệnh nhi được chọn vào nghiên cứu này khi có đủ các tiêu chuẩn sau: từ 1 tháng tuổi đến dưới 16 tuổi và có phẫu thuật tiêu hóa: phẫu thuật theo phương pháp mổ hở và/ hoặc mổ nội soi.

Tiêu chuẩn loại trừ. Các bệnh nhi có đủ tiêu chuẩn chọn vào sẽ được loại ra khỏi nghiên cứu khi có một trong các tiêu chuẩn sau: đã được phẫu thuật tiêu hóa tại bệnh viện khác trong vòng 30 ngày trước khi chuyển đến bệnh viện Nhi Đồng 1 và tử vong trong phòng mổ hoặc trong vòng 24 giờ sau mổ.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu. Hồi cứu, mô tả loạt ca

Cỡ mẫu. Lấy trọn mẫu

Thu thập số liệu. Các thông tin được ghi vào phiếu điều tra. Sử dụng bảng câu hỏi và hồ sơ bệnh án.

Các bước tiến hành. Chọn danh sách tất cả bệnh nhi được phẫu thuật đường tiêu hóa nhập khoa Hồi sức Ngoại Bệnh viện Nhi Đồng 1 từ tháng 01/09/2020 đến tháng 30/12/2021. Mượn hồ sơ bệnh án tại phòng lưu trữ hồ sơ, trên cơ sở tất cả những bệnh nhi có phẫu thuật đường tiêu hóa rồi thu thập số liệu: ghi nhận đặc

điểm dịch tễ học, đánh giá lâm sàng, cận lâm sàng.

Một số định nghĩa dùng trong nghiên cứu

– Phân loại phẫu thuật: Được phân làm 4 loại theo Tổ chức Y tế Thế giới, ghi nhận trong phiếu tường trình phẫu thuật: sạch, sạch – nhiễm, nhiễm, bẩn.

– Cơ quan phẫu thuật: Là các cơ quan của đường tiêu hóa được can thiệp bằng phẫu thuật cắt bỏ hay sửa chữa, được ghi nhận từ phiếu tường trình phẫu thuật: thực quản, dạ dày – tá tràng, ruột non, ruột thừa - túi thừa Meckel, đại tràng – trực tràng, gan – mật – tụy, ≥ 2 cơ quan.

– Tình trạng dinh dưỡng: Phân loại tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhi trước phẫu thuật dựa vào BMI theo tuổi theo quần thể tham chiếu của TCYTG 2007: BMI < - 2SD: suy dinh dưỡng; - 2 SD < BMI < 1 SD: bình thường; BMI > 1 SD: dư cân và béo phì.

Xử trí số liệu. Các số liệu sẽ được mã hóa, nhập liệu và phân tích theo phương pháp thống kê y học, lập bảng vẽ biểu đồ, sử dụng các phần mềm EpiData Manager; SPSS 20; Microsoft office 365.

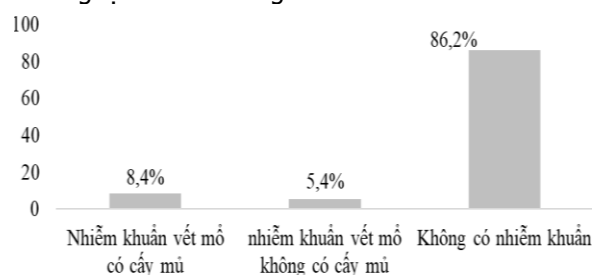
Biến số định tính: tìm tần số và tỉ lệ phần trăm (%), dùng phép kiểm chi bình phương (χ^2) để so sánh tỉ lệ giữa các nhóm. Khi phép kiểm (χ^2) không thực hiện được do có nhiều hơn hoặc bằng 1 tử số của các tỉ lệ < 5, dùng phép kiểm chính xác Fisher để so sánh các tỉ lệ. Biến định lượng: tìm trung bình và độ lệch chuẩn (đối

với phân phối chuẩn), trung vị và khoảng tứ phân vị (đối với phân phối không chuẩn), sự khác biệt được xem là có ý nghĩa thống kê với giá trị $p < 0,05$.

Y đức. Nghiên cứu đã được hội đồng Y đức bệnh viện Nhi Đồng 1 thông qua, số 267/GCN-BVNĐ1.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 09/2020 đến tháng 12/2021 có 403 BN được phẫu thuật tiêu hóa thỏa tiêu chí chọn vào được nhập vào khoa Hồi sức Ngoại BV Nhi Đồng 1.



Biểu đồ 1. Tỉ lệ NKVM phẫu thuật tiêu hóa

Nhận xét: tỉ lệ bệnh nhi bị NKVM chiếm 13,8% trong đó 8,4% có chỉ định cấy mũ trong đó có 4 ca cấy mũ không mọc vi khuẩn và 5,4% được chẩn đoán dựa trên lâm sàng không có cấy mũ vết mổ.

Bảng 1. Mối liên quan giữa đặc điểm dịch tễ học và nhiễm khuẩn vết mổ phẫu thuật tiêu hóa (N=56)

Đặc điểm	NKVM		OR KTC 95%	p
	Có n (%)	Không n (%)		
Tuổi: 1 tháng - 24 tháng	36 (15,5)	197 (84,5)	3,56 (0,82-15,41)	0,08
24 tháng – < 12 tuổi	18 (14,0)	111 (86,0)	3,16 (0,70-14,25)	
12 tuổi - < 16 tuổi	2 (4,9)	39 (95,1)	1	
Giới: Nam	25 (11,6)	191 (88,4)	1	0,15
Nữ	31 (16,6)	156 (83,4)	1,51 (0,86-2,67)	
Cân nặng: Suy dinh dưỡng	13 (14,9)	74 (85,1)	1,26 (0,63-2,51)	0,51
Bình thường	34 (12,2)	244 (87,8)	1	
Thừa cân – béo phì	9 (23,7)	29 (76,3)	2,22 (0,97-5,10)	0,06
Bệnh đi kèm : Có	16 (24,6)	49 (75,4)	2,43 (1,26-4,80)	
Không	40 (11,8)	2988 (88,2)	1	0,01
Tiền sử phẫu thuật đường tiêu hóa				
Có	27 (21,3)	100 (78,7)	2,30 (1,29-4,67)	< 0,001
Không	29 (10,5)	247 (89,5)	1	

Nhận xét: Tỉ lệ NKVM ở nhóm bệnh nhi có bệnh kèm theo (24,6%) cao hơn nhóm bệnh nhi không có bệnh kèm theo (11,8%); sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với tỉ số chênh OR = 2,43 (95%CI: 1,26 – 4,80; $p = 0,01$). Bệnh nhi có tiền sử phẫu thuật tiêu hóa có tỉ lệ mắc NKVM là 21,3%, cao hơn bệnh nhi không có tiền sử phẫu thuật (10,5%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với tỉ số chênh OR = 2,3 (95%CI: 1,29 – 4,08; $p = 0,00$).

Bảng 2. Tỷ lệ NKVM phẫu thuật tiêu hóa theo loại và cơ quan phẫu thuật (N=56)

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ %
Phân loại phẫu thuật		
Sạch	7	12,5
Sạch - nhiễm	18	32,1
Nhiễm	6	10,7
Bẩn	25	44,6
Cơ quan phẫu thuật		
PT thực quản	3	5,3
PT dạ dày - tá tràng	3	5,3
PT ruột non	24	43
PT ruột thừa và biến chứng ruột thừa	2	3,6
PT đại tràng + trực tràng	12	21,4
PT gan, mật, tụy	12	21,4

Nhận xét: Tỷ lệ NKVM cao nhất ở phẫu thuật bẩn 44,6%; kế tiếp là phẫu thuật sạch - nhiễm (32,1%); phẫu thuật sạch (12,5%) và thấp nhất ở phẫu thuật bẩn (10,7%). Tỷ lệ NKVM chiếm cao nhất ở phẫu thuật thực ruột non chiếm 43%, kế đến là phẫu thuật đại tràng - trực tràng và phẫu thuật gan - mật - tụy chiếm 21,4%; phẫu thuật thực quản và phẫu thuật dạ dày - tá tràng cùng chiếm 5,3% và thấp nhất là phẫu thuật ruột thừa - biến chứng ruột thừa là 3,6%.

Bảng 3. Đặc điểm về tình trạng bệnh nhi sau phẫu thuật (N=403)

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ %
Sốt		
Có	133	33,0
Không	270	67,0
Tại chỗ vết mổ		
Bình thường	347	86,1

Bảng 5. Tỷ lệ phân lập được các loại tác nhân NKVM phẫu thuật tiêu hóa (N=49)

Đặc điểm	Số lượng tác nhân NKVM	Tỷ lệ %	
Vi khuẩn Gram âm	Escherichia coli	15	30,6
	Pseudomonas aeruginosa	1	2
	Klebsiella pneumoniae	14	28,6
	Proteus mirabilis	4	8,2
	Acinetobacter baumannii	1	2
Vi khuẩn Gram dương	Enterococcus avium.	1	2
	Enterococcus faecium	6	12,3
	Staphylococcus coagulase- negative	1	2
	Staphylococcus aureus	2	4
	Streptococcus sanguinis	1	2
Nấm men	Candida spp	3	6,1

Nhận xét: 61,8% số bệnh phẩm có 1 loại tác nhân gây bệnh; tỷ lệ số bệnh phẩm có trên 02 tác nhân gây bệnh chiếm 38,2% (có 11 mẫu ra 2

Sưng, nóng, đỏ, đau và chảy mủ từ lớp da, dưới da	54	13,3
Vết mổ không liền, hở da.	7	1,7
Chảy mủ từ ống dẫn lưu	2	0,4

Nhận xét: tỷ lệ bị sốt chiếm 33%. Sau phẫu thuật có 347 bệnh nhi có vết mổ bình thường chiếm 86,1%; tỷ lệ bệnh nhi có vết mổ sưng, nóng, đỏ, đau và chảy mủ từ lớp da, dưới da chiếm 13,3%; tỷ lệ vết mổ không liền là 1,7% và chảy mủ từ ống dẫn lưu là 0,4%.

Bảng 4. Đặc điểm về cận lâm sàng trước phẫu thuật (N=403)

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ %
Thời gian PT (phút)		
≤ 120 phút	155	38,5
> 120 phút	248	61,5
Trung bình ± độ lệch chuẩn		
Thời gian phẫu thuật trung bình	152,21 ± 68,96 phút	
Số lượng hồng cầu (triệu/mm ³)	4,40 ± 0,83	
Số lượng bạch cầu (nghìn/mm ³)	11,50 ± 4,56	
+ Mỏ cấp cứu	13,36 ± 6,09	
+ Mỏ phiên	10,75 ± 3,50	
Tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính (%)	43,71 ± 21,75	
Tiểu cầu (nghìn/mm ³)	399,40 ± 142,28	

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật >120 phút chiếm tỷ lệ cao 2/3 các trường hợp; thời gian phẫu thuật trung bình là 152,21± 68,96 phút. Số lượng hồng cầu trung bình của bệnh nhi nghiên cứu là 4,40 ± 0,83 triệu/mm³; số lượng bạch cầu trung bình là 11,50 ± 4,56 nghìn/mm³ và số lượng tiểu cầu trung bình là 399,40±142,28 nghìn/mm³.

tác nhân và 2 mẫu ra 3 tác nhân).Vi khuẩn gây NKVM chiếm tỷ lệ lớn nhất là Escherichia coli (30,6%); tiếp theo là Klebsiella pneumonia

(28,6%); *Enterococcus* spp (14,3%) và *Proteus mirabilis* (8,2%). NKVM do *Staphylococcus* spp và *Candida* spp đều chiếm tỉ lệ 6,1%. Các vi khuẩn còn lại chiếm tỉ lệ 2%.

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 403 bệnh nhi nhi phẫu thuật đường tiêu hóa cho thấy tỉ lệ NKVM chiếm 13,8%. Trong các loại phẫu thuật, phẫu thuật tiêu hóa có nguy cơ NKVM cao hơn so với loại khác do khi can thiệp vào đường tiêu hóa tăng nguy cơ phơi nhiễm với vi khuẩn của hệ tiêu hóa và đa số các phẫu thuật đường tiêu hóa thường được phân loại vết mổ thuộc loại sạch + nhiễm trở lên. Tỉ lệ này tương đồng với nghiên cứu đa trung tâm của tổ chức GlobalSurg Collaborative năm 2020, đối tượng là trẻ phẫu thuật đường tiêu hóa, ghi nhận tỉ lệ nhiễm khuẩn chung là 12,3%, trong đó các nước có high HDI là 6,3%; middle HDI là 12,8% và low HDI là 24,7%⁽¹⁾. Tỉ lệ này cao hơn khi so với nghiên cứu của Kimberly Pough và cộng sự (2020) tại bệnh viện Arkansas Children's Hospital (ACH) in Little Rock, Arkansas về đối tượng nhi được phẫu thuật đại tràng ghi nhận 192 ca được phẫu thuật thì có 12 ca NKVM chiếm tỉ lệ 6,5%⁽⁴⁾; Nguyễn Thị Hồng Vân (2021) khảo sát trên 306 bệnh nhi được phẫu thuật viêm phúc mạc ruột thừa tại bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn từ tháng 01/2018 - 05/2021, ghi nhận tỉ lệ NKVM chiếm 5,4%⁽⁸⁾. Và theo Đinh Anh Đức và cộng sự (2021) nghiên cứu trên 125 trẻ được phẫu thuật nang ruột đôi tại khoa Ngoại Bệnh viện Nhi Trung ương giai đoạn 2010 - 2020, ghi nhận tỉ lệ NKVM là 1,7%⁽⁹⁾. Bên cạnh đó cũng có một số nghiên cứu có tỉ lệ nhiễm khuẩn vết mổ cao hơn như Justina Onyioza Seyi-Olajide và cộng sự (2020) khảo sát phẫu thuật bụng phức tạp ở các quốc gia có thu nhập trung bình và thấp ghi nhận tỉ lệ NKVM chiếm khá cao 57,6%⁽³⁾; Muhammad Imran và cộng sự (2020) nghiên cứu cắt ngang tại khoa Ngoại nhi của Bệnh viện Khyber Teaching từ ngày 10 tháng 10 năm 2019 đến ngày 20 tháng 3 năm 2020, ghi nhận trên 112 bệnh nhi nhi được phẫu thuật thấy có 25,9%⁽²⁾; Fisseha Temesgen và cộng sự (2021) nghiên cứu trên 114 bệnh nhi phẫu thuật mở vùng bụng tại Bệnh viện chuyên khoa Tikur Anbessa, Ethiopia, từ tháng 12 năm 2017 đến tháng 5 năm 2018, ghi nhận tỉ lệ NKVM là 21,3%⁽⁶⁾; Hey Sung Jo và cộng sự (2014) khảo sát trên 1158 bệnh nhi có chẩn đoán viêm ruột thừa cấp tính, được phẫu thuật từ tháng 1 năm 2002 đến tháng 1 năm 2010 tại các bệnh viện Đại học Anam, Guro và

Ansan của Hàn Quốc, so sánh tỉ lệ nhiễm trùng vết mổ giữa nhóm phẫu thuật nội soi với mổ hở ghi nhận theo thứ tự là 15,7% (17/108) và 13,3% (22/166). Sự khác biệt này có thể do mô hình bệnh tật, đặc điểm của đối tượng nghiên cứu khi được đưa vào và cơ sở vật chất, kỹ năng phẫu thuật và theo dõi hậu phẫu của các bác sĩ.

Theo phân loại phẫu thuật thì thấy phẫu thuật sạch 12,5%; kế tiếp là phẫu thuật sạch - nhiễm (32,1%); phẫu thuật nhiễm (10,7%) và phẫu thuật bẩn chiếm tỉ lệ cao nhất (44,6%). Nghiên cứu đa trung tâm của tổ chức GlobalSurg Collaborative năm 2020, đối tượng là trẻ phẫu thuật đường tiêu hóa, ghi nhận tỉ lệ NKVM theo phân loại phẫu thuật sạch - nhiễm/ nhiễm / bẩn lần lượt theo các nước có high HDI là 66,3%/12%/20,8%; các nước middle HDI là 79,1%/11,3%/9,1% và các nước low HDI là 65,7%/21,3%/13%⁽¹⁾. So sánh ta thấy phân loại nhóm bẩn của nghiên cứu cao hơn so với GlobalSurg Collaborative, lý giải về điều này có thể là do đa số các bệnh nhi sau phẫu thuật đường tiêu hóa nhập vào khoa Hồi sức Ngoại đều là những ca nặng, phẫu thuật phức tạp, cần thở máy hay hỗ trợ oxy, dịch truyền. Về đánh giá NKVM theo từng loại cơ quan phẫu thuật ghi nhận tỉ lệ NKVM chiếm cao nhất ở phẫu thuật đại tràng - trực tràng và phẫu thuật gan - mật - tụy chiếm 21,4%; phẫu thuật thực quản và phẫu thuật dạ dày - tá tràng cùng chiếm 5,3% và thấp nhất là phẫu thuật ruột thừa - biến chứng ruột thừa là 3,6%. Theo Phạm Văn Tân khảo sát trên 2861 bệnh nhi phẫu thuật hệ tiêu hóa cho thấy tỉ lệ NKVM cao nhất ở phẫu thuật ruột thừa và các biến chứng ruột thừa 10,7%. Tỉ lệ NKVM ở phẫu thuật gan, mật, tụy là 4,4%; phẫu thuật ruột non là 4,2%; phẫu thuật đại tràng là 1,3%⁽⁷⁾. Sự khác biệt này có thể so đặc điểm của quần thể nghiên cứu và ảnh hưởng bởi điều kiện phòng mổ, kỹ năng của phẫu thuật viên. Và kết quả của nghiên cứu cũng cho thấy phẫu thuật đại tràng - trực tràng và phẫu thuật gan - mật - tụy cần được xem là đối tượng ưu tiên của chương trình kiểm soát NKVM.

Kết quả của nghiên cứu về số lượng hồng cầu trung bình của bệnh nhi nghiên cứu là $4,40 \pm 0,83$ triệu/mm³; số lượng bạch cầu trung bình là $11,50 \pm 4,56$ nghìn/mm³ và số lượng tiểu cầu trung bình là $399,40 \pm 142,28$ nghìn/mm³ trước phẫu thuật đều nằm trong giới hạn bình thường. Kết quả của các bệnh nhi nhi phẫu thuật đường tiêu hóa cho thấy đặc điểm của bệnh nhi sau phẫu thuật phần lớn (67%) bệnh nhi sau phẫu thuật không bị sốt, tỉ lệ bị sốt chiếm 33%. Sau

phẫu thuật có 347 bệnh nhi có vết mổ bình thường chiếm 86,1%; tỉ lệ bệnh nhi có vết mổ sưng, nóng, đỏ, đau và chảy mủ từ lớp da, dưới da chiếm 13,3%; tỉ lệ vết mổ không liền là 1,7% và chảy mủ từ ống dẫn lưu là 0,4%.

Về phân loại nhóm tác nhân gây NKVM ghi nhận phần lớn nhóm vi khuẩn Gram âm chiếm gần 2/3 (67,3%) các trường hợp; kể đến là nhóm vi khuẩn Gram dương chiếm 25% và cuối cùng là nấm men *Candida* chiếm 7,7%. So sánh với nghiên cứu trước cũng cho kết quả tỉ lệ vi khuẩn Gram âm (83,3%) gây NKVM lớn hơn vi khuẩn Gram dương (15,3%) và nấm men *Candida* chiếm 1,4% (7). Lý giải vấn đề này là vì hầu hết các bệnh nhi đều phẫu thuật đường tiêu hóa, có chứa các vi khuẩn Gram âm là những vi khuẩn thường trú ở ống tiêu hóa. Hiện nay, một trong số chúng thuộc những chủng đa kháng với nhiều loại kháng và điều đó chính là một thách thức đối với quá trình phòng ngừa và điều trị NKVM. Theo kết quả nghiên cứu ghi nhận vi khuẩn gây NKVM chiếm tỉ lệ lớn nhất là *Escherichia coli* (30,6%); tiếp theo là *Klebsiella pneumoniae* (28,6%); *Enterococcus spp* (14,3%) và *Proteus mirabilis* (8,2%). NKVM do *Staphylococcus spp* và *Candida spp* đều chiếm tỉ lệ 6,1%. Các vi khuẩn còn lại chiếm tỉ lệ 2% (Bảng 3.13). Theo Ali Faisal Saleem và cộng sự (2020) khảo sát trên 98 trẻ em (từ sơ sinh đến 18 tuổi) đã trải qua phẫu thuật cấp cứu vùng bụng từ năm 2012 – 2016 tại bệnh viện Đại học Aga Khan, Karachi ghi nhận tác nhân vi khuẩn *E. coli* là mầm bệnh phổ biến nhất gây NKVM (5). Theo Ozden Turel và cộng sự (2019) khảo sát trên 209 trẻ em phẫu thuật viêm ruột thừa ghi nhận trong đó có 42 ca bị viêm phúc mạc ruột thừa được cấy mủ thì có 41 ca cấy mủ ra vi khuẩn chiếm tỉ lệ 97,6%, và tác nhân gây bệnh phổ biến nhất đó là *E.coli* chiếm tỉ lệ 66,7%. So sánh với kết quả của Phạm Văn Tân (2016) ghi nhận vi khuẩn gây NKVM chiếm tỉ lệ lớn nhất là *E. coli* (61,1%); tiếp theo là *Pseudomonas aeruginosa* (6,9%) và *Klebsiella pneumoniae* (5,6%). NKVM do *Enterobacter cloacae*; *Enterococcus spp* và *Streptococcus group B* đều chiếm tỉ lệ 4,2%. Các vi khuẩn còn lại chiếm tỉ lệ 1,4%. Theo Sangeeta Deka và cộng sự (2020) khảo sát 518 đối tượng được phẫu thuật (ngoại khoa, chỉnh hình và sản phụ khoa) từ 1/2015 – 12/2016 tại 1 bệnh viện vùng Đông Bắc Ấn Độ, ghi nhận 197 mẫu nuôi cấy ra 228 tác nhân gây bệnh, trong đó *E. coli spp* chiếm 22,4% và *Klebsiella* chiếm 20,6% là các mầm bệnh chiếm tỉ lệ cao nhất, tiếp đến là *Staphylococcus spp*

18,5%; *Pseudomonas spp* 12,3% và *Enterococcus spp* chiếm 6,6%. Theo Kameran M. Ali và cộng sự (2021) khảo sát trên 512 đã trải qua phẫu thuật tại 3 trung tâm phẫu thuật ở thành phố Kalar, vùng Kurdistan, Iraq từ 8/2018 – 07/2019, ghi nhận tỉ lệ NKVM là 22,07%, trong đó *Klebsiella spp* là tác nhân chủ yếu 21/48 (43,75%), tiếp theo là *Escherichia coli* 14/48 (29,17%), *Pseudomonas aeruginosa* 7/48 (14,58%), *Enterobacter spp.* 3/48 (6,25%) và *A. baumannii* 2/48 (4,17%); *Citrobacter koseri* cho thấy tỷ lệ nhiễm thấp nhất 1/48 (2,08%). Kết quả này cho thấy tác nhân gây NKVM chủ yếu là nhóm Gram âm, trong đó *E.coli* và *Klebsiella* là 2 chủng thường gặp nhất.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ nhiễm khuẩn vết mổ phẫu thuật tiêu hóa tại khoa Hồi sức Ngoại, Bệnh viện Nhi Đồng 1 từ 09/2020 – 12/2021 là 13,8% , chủ yếu ở nhóm trẻ từ 1 tháng - 24 tháng (64,3%). Tỉ lệ nam/nữ là 1/1,24. Tỉ lệ nhiễm khuẩn vết mổ ở nhóm bệnh nhi có bệnh kèm theo (24,6%) cao hơn nhóm bệnh nhi không có bệnh kèm theo (11,8%). Bệnh nhi có tiền sử phẫu thuật tiêu hóa có tỉ lệ mắc NKVM là 21,3%, cao hơn bệnh nhi không có tiền sử phẫu thuật (10,5%).

Thời gian phẫu thuật > 120 phút chiếm tỉ lệ cao 2/3 các trường hợp; thời gian phẫu thuật trung bình là 152,21± 68,96 phút. Tỉ lệ bị sốt chiếm 33; tỉ lệ bệnh nhi có vết mổ sưng, nóng, đỏ, đau và chảy mủ từ lớp da, dưới da chiếm 13,3%; tỉ lệ vết mổ không liền là 1,7% và chảy mủ từ ống dẫn lưu là 0,4%.

Phẫu thuật ruột non có tỉ lệ nhiễm khuẩn vết mổ cao nhất (43%). 89,5% mẫu dịch mủ nuôi cấy phân lập được vi khuẩn, trong đó 61,8% số bệnh phẩm có 1 loại tác nhân gây bệnh. Vi khuẩn gây NKVM chiếm tỉ lệ lớn nhất là *Escherichia coli* (30,6%); tiếp theo là *Klebsiella pneumoniae* (28,6%); *Enterococcus spp* (14,3%) và *Proteus mirabilis* (8,2%). NKVM do *Staphylococcus spp* và *Candida spp* đều chiếm tỉ lệ 6,1%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **GlobalSurg Collaborative** (2020) "Surgical site infection after gastrointestinal surgery in children: an international, multicentre, prospective cohort study". *BMJ Global Health*, 5 (12), e003429.
2. **Muhammad Imran, fayaz ur Rahman, Sajjad ali Ali, Khawar saeed** (2020) "Surgical site infections in pediatric population - an experience at a tertiary care hospital ". *Journal of Medical Sciences*, 28 (3), pp 298-301.
3. **J. O. Seyi-Olajide, U. Ezidiegwu, E. A. Ameh** (2020) "Burden of Complicated Intra-Abdominal Infections in Children in Nigeria: Recent

- Experience and Systematic Review". Surg Infect (Larchmt), 21 (6), 501-508.
4. **K. Pough, R. Bhakta, H. Maples, M. Honeycutt, V. Vijayan** (2020) "Evaluation of Pediatric Surgical Site Infections Associated with Colorectal Surgeries at an Academic Children's Hospital". Healthcare (Basel), 8 (2),91.
 5. **A. F. Saleem, H. F. Halepota, H. Omar, A. Zain, M. A. Mateen Khan** (2020) "Surgical-site infections in emergency abdominal paediatric surgeries at a tertiary-care hospital in Pakistan". J Pak Med Assoc, 70 (12(a)), 2244-2246.
 6. **Fisseha Temesgen, Abay Gosaye, Nichole Starr, Woubedil Kiflu, Hana Getachew, Belachew Dejene, et al.** (2021) "Early Outcome of Laparotomy Wounds in Pediatric Patients in TASH, Addis Ababa, Ethiopia: A Six-Months Prospective Study". Ethiopian journal of health sciences, 31 (1), 111-118.
 7. **Phạm Văn Tân** (2016) Nghiên cứu nhiễm khuẩn vết mổ các phẫu thuật tiêu hóa tại khoa Ngoại bệnh viện Bạch Mai, Luận án Tiến sĩ Y học, Học viện Quân Y, tr 1-175.
 8. **Nguyễn Thị Hồng Vân, Trần Ngọc Sơn, Phạm Đức Hiệp** (2021) "Điều trị viêm phúc mạc ruột thừa ở trẻ em bằng phẫu thuật nội soi một Trocar không đặt dẫn lưu". Tạp chí Y học Việt Nam, 498 (1), tr 170-174.
 9. **Đình Đức Anh, Phạm Duy Hiền** (2021) "Kết quả điều trị nang ruột đôi bằng phẫu thuật nội soi tại khoa Ngoại bệnh viện Nhi trung ương giai đoạn 2010-2020". Tạp chí Nghiên cứu Y học, 153 (3), tr 80-88.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN XƠ GAN RƯỢU CÓ XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA DO VỠ GIÃN TĨNH MẠCH PHÌNH VỊ TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Anh Tuấn^{1,2}, Nguyễn Minh Hiếu²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân xơ gan rượu có xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch dạ dày. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả tiến cứu 67 bệnh nhân được chẩn đoán xơ gan do rượu, xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch dạ dày tại bệnh viện Bạch Mai từ năm 2021 đến năm 2022. **Kết quả:** 67 bệnh nhân, tất cả là nam giới, tuổi trung bình 56 ± 10 . Mức độ xơ gan Child – Pugh A, chiếm 17,9%, Child – Pugh B chiếm 47,8%, Child – Pugh C chiếm 34,3%. 84% bệnh nhân có tiền sử xuất huyết tiêu hóa trước đây. Đa số bệnh nhân (65,7%) mất máu ở mức độ trung bình. Chỉ số sinh tồn trung bình của bệnh nhân lần lượt là 94 ± 16 chu kỳ/phút, huyết áp tâm thu 110 ± 21 mmHg, huyết áp tâm trương 64 ± 11 mmHg. Các vị trí chảy máu GOV1, GOV2, IVG1 lần lượt chiếm 28%, 37% và 35%. Tỷ lệ tử vong là 15%. **Kết luận:** Xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch dạ dày trên nền xơ gan rượu hầu hết gặp ở nam giới, lứa tuổi trung niên. Đa số bệnh nhân đã có tiền sử xuất huyết tiêu hóa từ trước. Tỷ lệ các vị trí xuất huyết GOV1, GOV2, IVG1 không khác nhau nhiều. Dù đa số bệnh nhân có mức độ mất máu ở mức độ trung bình tuy nhiên tỷ lệ tử vong của bệnh lý tương đối cao.

Từ khóa: xuất huyết tiêu hóa do giãn tĩnh mạch phình vị, xơ gan rượu

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF ALCOHOLIC CIRRHOSIS PATIENTS WITH GASTROINTESTINAL BLEEDING DUE TO GASTRIC VARICOSE VEINS AT BACH MAI HOSPITAL

Objective: Describe clinical features of alcoholic cirrhosis patients with gastrointestinal bleeding due to gastric varicose veins at Bach Mai Hospital. **Method:** Descriptive study 67 alcoholic cirrhosis patients with gastrointestinal bleeding due to gastric varicose veins at Bach Mai Hospital from 2021 to 2022. **Results:** 67 patients, all patients are males with average age of 56 ± 10 . Child – Pugh A cirrhosis accounted for 17,9%, Child – Pugh B accounted for 47,8%, Child – Pugh C accounted for 34,3%. 84% patients have history of gastrointestinal bleeding before. The majority of patients (65,7%) are moderate blood loss. Average vital signs, average pulse is 94 ± 16 beats per minute, average systolic blood pressure is 110 ± 21 mmHg, average diastolic blood pressure is 64 ± 11 mmHg. The bleeding sites are GOV1, GOV2, IVG1 with the rate of 28%, 37% và 35%. Mortality rate is 15%. **Conclusion:** Gastrointestinal bleeding due to gastric varicose veins on alcoholic cirrhosis patients happens mostly on male, middle age patients. Most patients have history of gastrointestinal bleeding. The bleeding sites is not very different between GOV1, GOV2, IVG1. Although the majority of patients are moderate blood loss, mortality rate is fairly high.

Keywords: postoperative pulmonary complication

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lạm dụng rượu là một vấn đề sức khỏe toàn cầu. Gan là tạng chịu ảnh hưởng lớn nhất khi tiêu

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Anh Tuấn

Email: bstuanccbm@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2022

Ngày duyệt bài: 7.11.2022