

vào những giờ buổi sáng

Nghiên cứu của Huỳnh Văn Minh và cộng sự cho thấy: ở bệnh nhân có THA đa số có vọt huyết áp sáng sớm (57,9% - 81 bệnh nhân) và THA buổi sáng (74,3% - 104 bệnh nhân). Tỷ lệ vọt huyết áp sáng sớm ở THA độ III cao hơn có ý nghĩa so với độ I và độ II. Tỷ lệ THA buổi sáng ở độ II và độ III cao hơn độ I [6].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở bảng 7 cho thấy: Gần 2/3 số bệnh nhân THA có đái tháo đường có vọt HA sáng sớm, trong đó nam chiếm 41,9%; nữ chiếm 22,6%; sự khác biệt giữa nam và nữ không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

## V. KẾT LUẬN

Huyết áp ở bệnh nhân tăng huyết áp có đái tháo đường tít II dao động nhiều trong ngày, độ lệch chuẩn cao, có nhiều đỉnh cao trong 24h; cùng với tỷ lệ cao có vọt huyết áp sáng sớm là nguy cơ cao biến cố tim mạch. Cần phải kiểm soát tốt huyết áp và đường huyết để đề phòng các biến chứng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Thomas Ungera, Claudio Borghib et al (2020)** International Society of Hypertension global hypertension practice guidelines, Journal of Hypertension, 38:982-1004, Number 6, June 2020.
2. **Tạ Văn Bình (2007)**, Những nguyên lý nền tảng bệnh đái tháo đường tăng glucose máu, NXB Y

học, Hà Nội,, 523-568.

3. **Niels Gobin et al (2012)**, "Mesure ambulatoire de la pression artérielle sur 24 heures", Forum Medical Suisse. 12, 600-607.
4. **Iqbal. P and Louise Stevenson (2011)**, "Cardiovascular Outcomes in patients with normal and abnormal 24-hour ambulatory blood pressure monitoring", International Journal of Hypertension, Volum 2011: 1-4
5. **Eoin O' Brien ((2007))**, "Is the Case for ABPM as a Routine Investigation in Clinical Practice Not Overwhelming?", Hypertension, . 50, 284- 286.
6. **Huỳnh Văn Minh, Cao Trường Sinh (2015)**, Theo dõi huyết áp lưu động 24 giờ từ nguyên lí đến thực hành, NXB đại học Huế.
7. **Narendra Hiregoudar và cs ( 2017)**, "Study on ambulatory blood pressure monitoring in type 2 diabetic patients with hypertension", Journal of Evidence Based Medicine and Healthcare. 4, 2507-2510.
8. **Stevanovic A1 và Dekleva M2 (2017)**, "The importance of subclinical left ventricular dysfunction and blood pressure pattern in asymptomatic type-2 diabetic patients: the diagnostic and prognostic significance of Tissue Doppler parameters, left ventricular global longitudinal strain, and nighttime blood pressure during sleep.", J Diabetes Complications.
9. **Nguyễn Hữu Trâm Em ((2003))**, "Sử dụng kỹ thuật theo dõi HA 24h trong bệnh lý huyết áp", Thời sự Y dược học, 21- 24.
10. **Huỳnh Văn Căn**, Nguyễn Đức Công (2011), "Nghiên cứu sự biến đổi huyết áp 24 giờ bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát có hội chứng chuyển hóa", Y Học TP. Hồ Chí Minh 15.

## BƯỚC ĐẦU ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ KHÁNG SINH DỰ PHÒNG CEFAZOLIN TRONG PHẪU THUẬT PHỤ KHOA TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Lê Thị Anh Đào<sup>1</sup>, Trương Thị Thanh Thanh<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả sử dụng cefazolin trong dự phòng nhiễm khuẩn vết mổ phẫu thuật phụ khoa tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp:** Phương pháp tiến cứu mô tả cắt ngang trên các bệnh nhân phẫu thuật phụ khoa được điều trị dự phòng cefazolin thời gian từ tháng 1/2022 đến tháng 3/2022. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân thực hiện phẫu thuật nội soi là 92,7% và phẫu thuật mổ mở là 7,3%. Tất cả bệnh nhân không có nhiễm khuẩn vết mổ trong 30 ngày kể từ ngày phẫu thuật. Chi phí

điều trị kháng sinh trung bình/ bệnh nhân ở nhóm dùng kháng sinh dự phòng và điều trị là 287,712 đồng và chi dự phòng là 103,905 đồng. **Kết luận:** Không có bệnh nhân nào được dự phòng cefazolin nhiễm khuẩn vết mổ. Chi phí điều trị kháng sinh ở nhóm dự phòng thấp hơn 2,7 lần so với nhóm kháng sinh điều trị.

**Từ khóa:** Kháng sinh dự phòng, cefazolin, phẫu thuật phụ khoa

### SUMMARY

#### INITIAL ASSESSMENT OF CEFAZOLIN PROPHYLAXIS IN GYNECOLOGIC SURGERY AT HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

**Objectives:** To evaluate cefazolin prophylaxis for the prevention of surgical site infection at Hanoi obstetrics and gynecology hospital. **Subjects and methods:** A cross-sectional study of women underwent gynecological surgical procedures was

<sup>1</sup>Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội

<sup>2</sup>Đại học Dược Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Anh Đào

Email: leanhdao1610@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.4.2022

Ngày duyệt bài: 5.5.2022

administered cefazolin from 1/2022 to 3/2022. **Results:** The rate of patients undergoing laparoscopic procedure was 92.7% and the rate of patients undergoing open abdominal procedure was 7.3%. All patients had no surgical site infection within 30 days of surgery. The average cost of antibiotic treatment/patient in the group using therapeutic and prophylactic antibiotics was 287,712 VND and in the prophylactic group was 103,905 VND. **Conclusions:** All patients receiving cefazolin had no surgical site infection. The cost of antibiotic treatment in the group using therapeutic antibiotics was 2.7 times higher than in the prevention group.

**Keywords:** Antibiotic prophylaxis, cefazolin, gynecologic surgery.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn vết mổ (NKVM) là một trong những loại nhiễm khuẩn bệnh viện phổ biến nhất, là nguyên nhân làm tăng nguy cơ tử vong, kéo dài thời gian nằm viện và tăng chi phí điều trị, là gánh nặng tài chính cho các cơ sở y tế và bản thân người bệnh [1]. Tại Việt Nam, nhiễm khuẩn vết mổ đứng thứ ba sau nhiễm khuẩn hô hấp và nhiễm khuẩn tiết niệu. NKVM xảy ra 5% – 10% trong số khoảng 2 triệu người bệnh được phẫu thuật hàng năm. Trên 90% NKVM làm tăng gấp 2 lần thời gian nằm viện và chi phí điều trị trực tiếp [2], [3].

Một trong những can thiệp nhằm hạn chế số ca nhiễm khuẩn vết mổ là sử dụng kháng sinh dự phòng (KSDP). Hiệu quả của kháng sinh dự phòng đã được chứng minh ở nhiều nghiên cứu, trong đó nghiên cứu của Nguyễn Việt Hùng và cộng sự tại 8 tỉnh bệnh viện phía Bắc năm 2008 cho thấy tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ ở các bệnh nhân không sử dụng kháng sinh dự phòng cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm có sử dụng kháng sinh dự phòng (OR = 1,7; p < 0,05) [4]. Trong phẫu thuật phụ khoa, đặc biệt là các phẫu thuật cắt tử cung, một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng việc sử dụng kháng sinh dự phòng cho thấy hiệu quả rõ rệt giảm tỉ lệ nhiễm khuẩn vết mổ, giảm thời gian nằm viện cho bệnh nhân. Tuy nhiên, các nghiên cứu thực hiện gần đây ở trong nước và cả trên thế giới cho thấy việc sử dụng KSDP trong thực hành vẫn còn tồn tại nhiều bất cập do lựa chọn các kháng sinh phổ rộng, thời điểm đưa liều kháng sinh không phù hợp theo hướng dẫn, sử dụng kháng sinh dự phòng kéo dài sau phẫu thuật như một liệu trình điều trị nhiễm khuẩn [5], [6]. Thực trạng này có thể ảnh hưởng đến hiệu quả dự phòng của kháng sinh, làm xuất hiện tình trạng kháng kháng sinh đồng thời làm gia tăng chi phí điều trị cho bệnh nhân.

Bệnh viện Phụ sản Hà Nội là bệnh viện chuyên khoa tuyến cuối của cả nước, hàng năm

số lượng bệnh nhân phẫu thuật sản phụ khoa tại bệnh viện lên tới hàng chục nghìn. Các Hiệp hội Sản phụ khoa cũng đưa ra hướng dẫn sử dụng kháng sinh cefazolin là loại kháng sinh được lựa chọn nhiều nhất trong phẫu thuật phụ khoa. Nghiên cứu này nhằm: *Phân tích hiệu quả của việc áp dụng cephalosporin trong dự phòng nhiễm khuẩn vết mổ trên bệnh nhân phẫu thuật phụ khoa tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu

#### 1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

+ Bệnh nhân được chỉ định một trong các phẫu thuật (PT) sau: PT chữa ngoài tử cung, cắt u buồng trứng, bóc u buồng trứng qua nội soi ổ bụng, PT mổ mở bóc nhân xơ đơn thuần không mất máu (số lượng nhân xơ < 4); PT mổ mở cắt tử cung bán phần.

+ Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

#### 1.2. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân:

+ Bệnh nhân được phẫu thuật cấp cứu;  
+ Bệnh nhân dị ứng với kháng sinh nhóm cephalosporin, penicilin;  
+ Trong vòng 48 giờ trước phẫu thuật có sử dụng kháng sinh;

+ Trước phẫu thuật có dấu hiệu nhiễm trùng (sốt > 37,5°C; bạch cầu > 10,0 G/L; hoặc có các ổ nhiễm trùng trong cơ thể);

+ Có bệnh lý khác kèm theo như: tim mạch, đái tháo đường, bệnh tuyến giáp, suy thận, viêm gan, ung thư, suy giảm miễn dịch, suy dinh dưỡng; Thiếu máu (hemoglobin < 8g/dL) quá béo phì (BMI > 30 kg/m<sup>2</sup>) hoặc suy kiệt (BMI < 15 kg/m<sup>2</sup>);

+ Phẫu thuật phức tạp hay có biến chứng (mổ cũ > 2 lần, có dính, có dẫn lưu, cầm máu khó khăn, tụ máu, tổn thương cơ quan lân cận...);

+ Các trường hợp tai biến trong và sau phẫu thuật.

### 2. Phương pháp nghiên cứu

**2.1. Thiết kế nghiên cứu.** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả trên bệnh nhân phẫu thuật phụ khoa.

#### 2.2. Quy trình nghiên cứu

Bước 1: Thu thập bệnh nhân: bác sĩ lựa chọn bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật phụ khoa thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ để đưa vào nghiên cứu.

Bước 2: Sử dụng phác đồ kháng sinh dự phòng cefazolin trên bệnh nhân: Phác đồ cefazolin được sử dụng để dự phòng phẫu thuật: tiêm tĩnh mạch trong vòng 30 phút trước rạch da 2g cefazolin, sau 6 giờ kể từ liều 1 tiêm nhắc lại một liều cefazolin 2g.

Bước 3: Thu thập dữ liệu:

- Trong quá trình bệnh nhân nằm viện:

+ Bệnh nhân được theo dõi tình trạng vết mổ, thân nhiệt, vùng bụng xung quanh vết mổ và các dấu hiệu ra dịch bất thường ở âm đạo

+ Nếu bệnh nhân được chẩn đoán NKVM, bác sĩ sẽ thực hiện hội chẩn và xử trí hoặc chuyển phác đồ kháng sinh điều trị.

+ Thu thập thông tin bệnh nhân vào phiếu thu thập thông tin được trình bày ở phụ lục 2.

- Sau khi bệnh nhân ra viện:

+ Sau 30 ngày kể từ ngày phẫu thuật phụ khoa, theo dõi bệnh nhân bằng cách phỏng vấn qua điện thoại, bệnh nhân tái nhập viện được tra cứu trên phần mềm quản lý bệnh viện.

**2.3. Xử lý số liệu.** Bằng phần mềm Microsoft Excel và bằng phần mềm SPSS Statistics 23 để tính giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị trung bình của các biến số, kiểm chứng độ tin cậy khi so sánh các trị số trung bình bằng test T – student, Kruskal Wallis test và so sánh các tỷ lệ quan sát bằng test  $\chi^2$ . Sự khác biệt được coi là có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ .

**2.4. Đạo đức nghiên cứu.** Đây là một nghiên cứu đã được thông qua tại Hội đồng Y Đức và Hội đồng khoa học tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội năm 2021.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Để đánh giá hiệu quả của cefazolin làm KSDP trong phẫu thuật phụ khoa tại bệnh viện, trong

thời gian từ tháng 1/2022 đến tháng 3/2022 chúng tôi đã thu thập được thông tin của 220 bệnh nhân được sử dụng cefazolin làm kháng sinh dự phòng. Trong đó có 114 bệnh nhân được sử dụng đúng phác đồ kháng sinh dự phòng cefazolin, 106 bệnh nhân còn lại sau khi sử dụng cefazolin làm KSDP vẫn tiếp tục được sử dụng kháng sinh điều trị cho đến khi ra viện theo quan điểm của bác sĩ vì lo ngại về nhiễm khuẩn vết mổ.

#### 3.1. Đặc điểm phẫu thuật và đặc điểm bệnh nhân

**Bảng 1. Tỷ lệ bệnh nhân sử dụng cefazolin**

Tỷ lệ bệnh nhân	Số bệnh nhân n,% (n= 220)
Chỉ sử dụng cefazolin dự phòng trong đó	114 (51,8%)
Phẫu thuật nội soi	114 (51,8%)
Phẫu thuật mổ mở	0 (0%)
Sử dụng cefazolin dự phòng và điều trị	106 (48,2%)
Phẫu thuật nội soi	90 (40,9%)
Phẫu thuật mổ mở	16 (7,3%)

**Nhận xét:** Tỷ lệ bệnh nhân chỉ dùng cefazolin dự phòng là 51,8% và tỉ lệ dự phòng và điều trị là 48,3%. Có 16 bệnh nhân mổ mở chiếm tỷ lệ 7,3% trong đó tất cả các bệnh nhân đều sử dụng cefazolin dự phòng và điều trị.

**Bảng 2. Đặc điểm bệnh nhân và đặc điểm phẫu thuật của hai nhóm**

Đặc điểm bệnh nhân	Nhóm dùng cefazolin (N=114)	Nhóm dùng cefazolin sau đó dùng KSDT (N=90)	p
<b>Tuổi</b> Trung vị (tứ phân vị)	31 (27-36)	32 (27,75-36)	$p > 0,05$ ( $p=0,695$ )
<b>Tiền sử PTPK</b>			
Lần 1	99 (86,8%)	83 (92,2%)	$p > 0,05$ ( $p=0,219$ )
Lần 2	15 (13,2%)	7 (7,8%)	
<b>Tình trạng bệnh nhân trước mổ theo điểm ASA, n (%)</b>			
ASA = 1	74 (64,9%)	54 (60,0%)	$p > 0,05$ ( $p=0,471$ )
ASA = 2	40 (35,1%)	36 (40,0%)	
<b>Loại phẫu thuật</b>			
PT chữa ngoài tử cung qua nội soi ổ bụng	92 (80,7%)	58 (64,4%)	$p < 0,05$ ( $p=0,009$ )
PT nội soi cắt u buồng trứng	22 (19,3%)	32 (35,6%)	
<b>Thời gian phẫu thuật</b> Trung vị (Tứ phân vị)	30 (25-40)	30 (25-40)	$p > 0,05$ ( $p=0,403$ )
<b>Bất thường trong cuộc mổ</b>	0 (0%)	0 (0%)	$p > 0,05$
<b>Thời gian nằm viện trước phẫu thuật</b>	0 (0-1)	1 (0-1)	$p > 0,05$ ( $p=0,095$ )

**Nhận xét:** Các đặc điểm về tuổi số lần mổ và thời gian phẫu thuật của 2 nhóm tương đương nhau. Nhóm KSDP chủ yếu là bệnh nhân mổ nội soi chữa ngoài tử cung cao hơn nhóm kháng sinh dự phòng chuyển sang điều trị, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

#### 3.2. Hiệu quả dự phòng cefazolin trên lâm sàng

**Bảng 1. Hiệu quả dự phòng cefazolin trên lâm sàng**

Tiêu chí đánh giá	Nhóm dự phòng cefazolin (N=114)	Nhóm dự phòng và điều trị cefazolin KSDT(N=90)	p
<b>Thân nhiệt, n (%)</b>			
Không sốt	114 (100%)	90 (100%)	p > 0,05
Sốt	0 (0%)	0 (0%)	
<b>Tình trạng vết mổ, n (%)</b>			
Vết mổ khô	114 (100%)	90 (100%)	p > 0,05
Vết mổ ướt (bằng vết mổ thẩm dịch)	0 (0%)	0 (0%)	
<b>Vùng bụng xung quanh vết mổ, n (%)</b>			
Bụng cứng	114 (100%)	90 (100%)	p > 0,05
Bụng mềm	0 (0%)	0 (0%)	
Tình trạng NKVM trong thời gian nằm viện, n (%)	0 (0%)	0 (0%)	p > 0,05
Không NKVM	114 (100%)	90 (100%)	
Nhiễm khuẩn vết mổ nông	0	0	
Nhiễm khuẩn vết mổ sâu	0	0	
Nhiễm khuẩn khoang cơ thể	0	0	
Nhiễm khuẩn khác	0	0	
<b>Thời gian nằm viện (trung vị (tứ phân vị))</b>	3 (3-4)	4 (3-5)	p < 0,05 p=0,000
Không NKVM	107 (98,2%)	87 (98,9%)	
Nghi ngờ nhiễm khuẩn vết mổ	2 (1,8%)	1 (1,1%)	

**Nhận xét:** Thời gian nằm viện trung bình của 2 nhóm khác biệt nhau có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Về tình trạng nhiễm khuẩn vết mổ, ở cả 2 nhóm trong thời gian nằm viện đều không có NKVM hay các nhiễm khuẩn khác sau mổ. Sau mổ 30 ngày: Ở nhóm sử dụng cefazolin dự phòng chúng tôi đã không liên lạc được với 5 bệnh nhân, có 2 bệnh nhân đau, chảy dịch mủ vàng tại vết mổ sau 1 tuần kể từ ngày xuất viện, hai bệnh nhân đều tự mua kháng sinh điều trị và tình trạng vết mổ ổn định, vết mổ khô, không đau sau 7 ngày dùng kháng sinh. Ở nhóm còn lại, chúng tôi đã không thể liên lạc được với 2 bệnh nhân, trong số các bệnh nhân liên lạc được (88 bệnh nhân) có 1 bệnh nhân có đau vết mổ, vết mổ sưng, chảy dịch, phải dùng kháng sinh (tự mua kháng sinh điều trị).

### 3.3. Hiệu quả về kinh tế

**Bảng 4. Hiệu quả về kinh tế**

Chi phí	Nhóm dùng Cefazolin (N=114)	Nhóm dùng cefazolin sau đó dùng KSDT(N=90)
Tổng số kháng sinh sử dụng (lọ)	468	<b>842</b>
Chi phí trung bình kháng sinh/1 bệnh nhân (đồng)	103,905	287,712
Chi phí trung bình	4,000	15,674

vật tư tiêu hao /1 bệnh nhân (đồng)		
-------------------------------------	--	--

**Nhận xét:** Chi phí kháng sinh trung bình/bệnh nhân ở nhóm dùng kháng sinh điều trị cao gấp 2,7 lần so với nhóm sử dụng cefazolin (287,712 đồng và 103,905 đồng), chi phí vật tư tiêu hao và nhân công điều dưỡng cũng gấp 4 lần (25,674 đồng và 4,000 đồng).

## IV. BÀN LUẬN

Sau khi phân tích tình hình sử dụng kháng sinh trên bệnh nhân phẫu thuật tại khoa Phụ Ngoại A5, bệnh viện Phụ Sản Hà Nội

Sau khi có kết quả khảo sát và nhận được sự đồng thuận của hội đồng khoa học về việc sử dụng cefazolin làm KSDP trên các bệnh nhân phẫu thuật phụ khoa, khoa Phụ A5 cùng phòng mổ đã đồng ý để các bệnh nhân được tiêm kháng sinh dự phòng tại phòng mổ để đảm bảo thời gian tiêm trước rạch da trong vòng 60 phút, nhóm nghiên cứu đã theo dõi, thu thập số liệu và triển khai phác đồ trên bệnh nhân. Kết quả cho thấy có 2 phân nhóm bệnh nhân được hình thành: Nhóm dùng cefazolin làm KSDP, nhóm dùng cefazolin sau đó tiếp tục dùng kháng sinh điều trị.

Về kết quả so sánh hai nhóm, chúng tôi ghi nhận thấy các đặc điểm bệnh nhân trước mổ có thể ảnh hưởng tới tình trạng NKVM về sau đều

không có sự khác biệt như tuổi, tiền sử PTPK, điểm ASA ( $p > 0,05$ ). Do thực tế tại bệnh viện, khoảng thời gian tiến hành nghiên cứu dịch covid diễn biến phức tạp, bệnh nhân ít nhập viện hơn, các phẫu thuật được thực hiện trong thời gian này chủ yếu là các phẫu thuật nội soi, chỉ có 16 trường hợp bệnh nhân mổ mở thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn của nghiên cứu (chiếm tỉ lệ 7,3%). Vì phẫu thuật nội soi gần như chiếm ưu thế trong lĩnh vực phụ khoa nên chỉ có các ca mổ phức tạp, khó thời gian kéo dài và mất máu nhiều nguy cơ nhiễm trùng cao mới tiến hành mổ mở. Các bác sĩ cũng chưa hoàn toàn yên tâm về việc dùng KSDP trên các phẫu thuật mổ mở, nên những bệnh nhân phẫu thuật mổ mở đều dùng kháng sinh điều trị kéo dài. Do vậy để tương đồng đối tượng bệnh nhân giữa hai nhóm, chúng tôi tiến hành so sánh hai nhóm trên các phẫu thuật nội soi. Ở cả hai nhóm phẫu thuật nội soi chữa ngoài tử cung chiếm tỉ lệ cao nhất. Thời gian phẫu thuật cũng như thời gian nằm viện trước mổ của hai nhóm cũng tương tự nhau. Các kết quả trên cho thấy hai nhóm khá tương đồng về đặc điểm bệnh nhân cũng như đặc điểm phẫu thuật. Hiệu quả trên lâm sàng cũng cho thấy rằng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ NKVM và tỉ lệ NKVM sau 30 ngày phẫu thuật của hai nhóm. Trong khi đó thời gian nằm viện của nhóm dùng KSDT kéo dài hơn so với nhóm KSDP (trung vị 4 ngày ở nhóm KSDT và 3 ngày ở nhóm KSDP,  $p < 0,05$ ), chi phí trung bình kháng sinh cao gấp 2,7 lần và chi phí vật tư tiêu hao, nhân công điều dưỡng cũng gấp 4 lần. Kết quả tương tự cũng được ghi nhận trong nghiên cứu của Jung Mi Byun tiến hành trên 139 bệnh nhân phẫu thuật ung thư phụ khoa cũng cho thấy rằng, không có sự khác biệt về tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ giữa nhóm sử dụng kháng sinh dự phòng trong vòng 24 giờ và nhóm sử dụng kháng sinh dự phòng kéo dài hơn 24 giờ (6,4% (5/79); 8,3% (5/60),  $p = 0,747$ ), bên cạnh đó nhóm sử dụng KSDP trong vòng 24 giờ có thời gian nằm viện ngắn hơn so với nhóm dùng kéo dài ( $10,8 \pm 2,7$  ngày và  $11,8 \pm 52,8$  ngày;  $p = 0,039$ ) [7]. Như vậy có thể thấy rằng việc sử dụng kéo dài kháng sinh không mang lại nhiều lợi ích cho bệnh nhân mà còn làm gia tăng thời gian nằm viện cũng như chi phí điều trị.

**Hạn chế của nghiên cứu.** Nghiên cứu của chúng tôi được thiết kế theo phương pháp mô tả tiến cứu dựa trên quá trình theo dõi bệnh nhân và theo dõi hồ sơ bệnh án, và khảo sát nhiễm khuẩn vết mổ của bệnh nhân trong thời gian 30

ngày sau khi ra viện. Do chỉ có thể khảo sát bằng cách gọi điện thoại để thu thập thông tin nên có thể thông tin thu thập được có độ chính xác chưa cao, đồng thời bệnh nhân sau khi ra viện tiếp xúc với nhiều yếu tố nguy cơ nhiễm khuẩn, có thể ảnh hưởng đến kết quả của nghiên cứu.

Nghiên cứu được thực hiện trong thời điểm dịch covid diễn biến phức tạp, chính vì vậy chưa thực sự tiếp cận được bệnh nhân và còn phụ thuộc nhiều vào bệnh án, đồng thời do bệnh nhân e ngại về dịch bệnh cho nên lượng bệnh nhân tới khám và điều trị của khoa giảm đi dẫn đến các phẫu thuật được đưa vào nghiên cứu chưa thật sự phong phú, các phẫu thuật đưa vào áp dụng KSDP chủ yếu là các phẫu thuật nội soi.

## V. KẾT LUẬN

Hiệu quả khi so sánh cefazolin dùng dự phòng với nhóm dùng cefazolin vừa dự phòng vừa điều trị cho thấy tỉ lệ nhiễm khuẩn vết mổ trong thời gian nằm viện, sau 30 ngày kể từ ngày phẫu thuật khác nhau không có ý nghĩa thống kê. Nhưng giá thành kháng sinh trung bình/ bệnh nhân ở nhóm dùng kháng sinh vừa dự phòng và điều trị cao gấp 2,7 lần so với nhóm chỉ sử dụng cefazolin dự phòng và chi phí vật tư tiêu hao và nhân công điều dưỡng cũng gấp 4 lần.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ban K. A., Minei J. P., et al. (2017)**, "American College of Surgeons and Surgical Infection Society: Surgical Site Infection Guidelines, 2016 Update", *J Am Coll Surg*, 224(1), pp. 59-74.
2. **Bộ Y Tế (2012)**, Hướng dẫn phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ. Ban hành kèm theo Quyết định số: 3671/QĐ-BYT ngày 27 tháng 9 năm 2012 của Bộ Y tế, pp. 4-13.
3. **Phạm Thúy Trinh, Lê Thị Anh Đào (2010)**, "Nghiên cứu tình trạng nhiễm khuẩn vết mổ tại khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh", *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 14(1), pp. 124-128.
4. **Nguyễn Việt Hùng (2010)**, "Đặc điểm dịch tễ học nhiễm khuẩn vết mổ và tình hình sử dụng kháng sinh ở bệnh nhân phẫu thuật tại một số bệnh viện tỉnh phía bắc 2008", *Y học thực hành*, 105(2/2010), pp. 48-52.
5. **Agodi A., Barchitta M., et al. (2015)**, "Appropriate perioperative antibiotic prophylaxis: challenges, strategies, and quality indicators", *Epidemiol Prev*, 39(4 Suppl 1), pp. 27-32.
6. **Gouvêa M., Novaes Cde O., et al. (2015)**, "Adherence to guidelines for surgical antibiotic prophylaxis: a review", *Braz J Infect Dis*, 19(5), pp. 517-24.
7. **Byun J. M., Jeong D. H. (2020)**, "Antibiotic prophylaxis for gynecologic cancer surgery", *Taiwan J Obstet Gynecol*, 59(4), pp. 514-519.