

- tài liệu chuyên môn "hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường típ 2", Bộ Y tế, 30/12/2020.
- Li Yin, MS et al** (2020), "Prevalence and risk factors of diabetic retinopathy in diabetic patients", *Medicine* (Baltimore). 2020 Feb; 99(9): e19236. Published online 2020 Feb 28. doi: 10.1097/MD.00000000000019236.
 - Pai-Huei Peng et al** (2019), "Factors associated with retinal screening among patients with diabetes in Taiwan", *Taiwan J Ophthalmol*. 2019 Jul-Sep; 9(3): 185-193. Published online 2019 Sep 12. doi: 10.4103/tjo.tjo_30_18.
 - Rolf Seeger et al** (2011), "Driving ability and fitness to drive in people with diabetes mellitus", *Ther Umsch*. 2011 May;68(5):249-52. doi: 10.1024/0040-5930/a000159.
 - Nithin Keshav Srinivasan et al** (2017), "Diabetes and Diabetic Retinopathy: Knowledge, Attitude, Practice (KAP) among Diabetic Patients in A Tertiary Eye Care Centre", *J Clin Diagn Res*. 2017 Jul; 11(7): NC01-NC07. Published online 2017 Jul 1. doi: 10.7860/JCDR/2017/27027.10174.
 - Sang Beom Han et al** (2019), "Influence of diabetes mellitus on anterior segment of the eye", *Clin Interv Aging*. 2019; 14: 53-63. Published online 2018 Dec 27. doi: 10.2147/CIA.S190713

NHIỄM KHUẨN VẾT MỖ VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP HCM

Phạm Thị Lan¹, Trịnh Thị Thoa¹, Nguyễn Vũ Hoàng Yên¹,
Nguyễn Thị Minh Khai¹, Trần Thị Mỹ Nhung², Trần Quang Siêu²,
Đình Long Nhiệm¹, Phạm Hồng Khuyên¹, Nguyễn Thị Mỹ Hạnh¹,
Nguyễn Phương Biên Thùy¹, Võ Thị Thanh Tuyền¹, Nguyễn Thị Thanh Trúc¹,
Trương Thị Lê Huyền¹, Trần Nguyễn Giang Hương¹, Lê Mộng Hảo¹,
Lê Thị Yên Nhi¹, Nguyễn Thị Hằng Nga¹, Nguyễn Thanh Tuyền¹,
Đào Thị Quỳnh Châu¹, Lê Hồng Phước³, Huỳnh Minh Tuấn^{1,3}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhiễm khuẩn vết mổ (NKVM) là một trong những loại nhiễm khuẩn liên quan đến chăm sóc y tế thường gặp nhất, làm gia tăng chi phí điều trị, kéo dài thời gian nằm viện, tăng gánh nặng bệnh tật và tăng tỷ lệ tử vong. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ NKVM và các yếu tố liên quan đến của người bệnh phẫu thuật tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP HCM. **Đôi tượng-phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu cắt ngang tiến cứu được thực hiện trên 859 người bệnh phẫu thuật tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP HCM từ 05/2020 đến 12/2020. Các thông tin được thu thập bao gồm bệnh đái tháo đường, thang điểm ASA, kháng sinh dự phòng, loại phẫu thuật, tầm trước phẫu thuật, thời gian phẫu thuật và NKVM. **Kết quả:** Tỷ lệ NKVM chung là 2,2%, dao động từ 1,3% đến 20,0%. Trong đó, tỷ lệ mắc NKVM cao nhất ở phẫu thuật ruột non (SB) với 20%, kế đến là phẫu thuật tim (CARD) với 5,5%; phẫu thuật dạ dày (GAST) với 4,5%; phẫu thuật đường mật, túi mật, gan, tụy (BILI + CHOL) với 4,2%; và phẫu thuật mở hộp sọ (CRAN) với 4,1%. Thời gian trung bình từ lúc phẫu thuật cho đến khi bắt đầu NKVM là 11,9 ± 7,8 ngày, với thời gian dài nhất

trong phẫu thuật tim và phẫu thuật mạch máu trên 20 ngày. Người bệnh có bệnh tiểu đường có nguy cơ mắc NKVM gấp 6,5 lần (KTC 95%: 2,8-14,7); có thang điểm ASA ≥ 3 điểm thì nguy cơ mắc NKVM gấp 2,6 lần (KTC 95%: 1,8-3,6). Thời gian phẫu thuật tăng 1 giờ thì nguy cơ NKVM tăng lên 1,3 lần (KTC 95%: 1,1-1,6) và số lượng phẫu thuật viên thêm 1 người thì nguy cơ NKVM tăng lên 1,9 lần (KTC 95%: 1,3-2,9). **Kết luận:** Trong nghiên cứu, tỷ lệ chung của SSI là 2,2%. Thời gian trung bình từ khi phẫu thuật đến khi bắt đầu nhiễm khuẩn là 11,9 ± 7,8 ngày và các yếu tố nguy cơ có liên quan đến NKVM gồm đái tháo đường, điểm ASA cao, tăng thời gian phẫu thuật, tăng thời gian nằm viện, loại can thiệp và số lượng phẫu thuật viên tham phẫu thuật

Từ khóa: nhiễm khuẩn vết mổ, phẫu thuật, nhiễm khuẩn bệnh viện

SUMMARY

THE SURGICAL SITE INFECTION INCIDENCE AND RISK FACTORS AT UNIVERSITY MEDICAL CENTER, HO CHI MINH CITY

Background: Surgical Site Infection (SSI) is one of the most common healthcare-associated infections, increasing healthcare cost, hospital stay, morbidity burden as well as the rate of mortality. **Objectives:** The aim of this study was to describe the incidence of SSI and risk factors at University Medical Center, Ho Chi Minh City. **Methods:** A prospective cross-sectional study was conducted involving 859 operated patients at University Medical Center, Ho Chi Minh City during 05/2020 - 12/2020. Background information including having diabetes, ASA score, antibiotic prophylaxis, the

¹Bệnh viện Đại học Y Dược TP HCM

²Tổng Công ty Thiết bị Y tế Việt Nam (CTCP)

³Đại học Y Dược TP HCM

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Minh Tuấn

Email: huynh.tuan@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 23.2.2023

Ngày duyệt bài: 7.3.2023

type of the surgical procedure, preoperation bathing, operative duration and surgical site infection were collected. **Results:** The overall SSI rate was 2,2%, ranging from 1,3% to 20,0%. Among which, the SSI rates classified by procedure type were: 20% in small bowel surgery, 5,5% in cardiac surgery, 4,5% in gastrectomy, 4,2% in cholecystectomy and hepatobiliarypancreatic surgery, 4,1% in craniotomy. The mean time of the duration between surgery starting-point and the onset of infection was $11,9 \pm 7,8$ days, while the longest duration was in cardiovascular surgery with over 20 days. The rate of SSI in patients with diabetes was related with a 6,5-fold increase (95% CI: 2,8-14,7); ASA score ≥ 3 with 2,6-fold increase (95% CI: 1,8-3,6); operative time prolonging more than 1 hour with 1,3-fold increase (95% CI: 1,1-1,6); and every one more surgeon added to the operating team lead to a 1,9-fold increase in SSI rates (95% CI: 1,3-2,9). **Conclusions:** The overall incidence of SSI in our study was 2,2%. The mean time from surgery starting-point until the onset of infection is $11,9 \pm 7,8$ days. The significant risk factors were having diabetes, high ASA score, increased operative duration, increased length of hospital stay, the type of intervention and the increased number of surgeons.

Keywords: Surgical site infection, surgical-related infection

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn vết mổ (NKVM) là một trong những loại nhiễm khuẩn liên quan đến chăm sóc y tế thường gặp, gây biến chứng 2 - 5% các trường hợp phẫu thuật tại Hoa Kỳ^(1,2,3,4). NKVM làm gia tăng gánh nặng kinh tế đối với hệ thống chăm sóc y tế, bao gồm thời gian nằm viện, chi phí nằm viện sau phẫu thuật và làm tăng gánh nặng bệnh tật, tử vong.

Tại Hoa Kỳ, NKVM đứng hàng thứ 2 sau nhiễm khuẩn tiết niệu bệnh viện. Tỷ lệ người bệnh được phẫu thuật mắc NKVM thay đổi từ 2% - 15% tùy theo loại phẫu thuật⁽⁵⁾. Hàng năm, số người bệnh mắc NKVM ước tính khoảng 2 triệu người. Tại Việt Nam, trong số khoảng 2 triệu người bệnh được phẫu thuật hàng năm, có 5% - 10% NKVM, trong đó hơn 90% là NKVM nông và NKVM sâu^(6,7). Ngoài ra, một số nghiên cứu cũng cho thấy NKVM làm tăng gấp 2 lần thời gian nằm viện và chi phí điều trị trực tiếp^(6,8,9).

Yếu tố nguy cơ gây NKVM là đa yếu tố bao gồm người bệnh, môi trường, phẫu thuật và tác nhân gây bệnh. Trong các nghiên cứu khảo sát, yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến tỷ lệ NKVM có thể được khảo sát dựa trên thực hành lâm sàng. Tuy nhiên, cho đến nay việc tổng hợp dữ liệu các yếu tố nguy cơ đối với NKVM trong Bệnh viện còn hạn chế. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu xác định tỷ lệ NKVM và xác định chi tiết các yếu tố nguy cơ NKVM tại Bệnh viện

Đại học Y Dược TPHCM từ tháng 05/2020 đến tháng 12/2020.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu là tất cả người bệnh có phẫu thuật tại Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM từ ngày 05/2020 đến ngày 12/2020.

Tiêu chí đưa vào: Người bệnh có thực hiện phẫu thuật (bao gồm mổ sọ não; thay khớp háng, khớp gối; mổ tim; cắt phổi, thùy phổi, dẫn lưu màng phổi; cắt đại tràng) tại Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM từ tháng 05/2020 đến tháng 12/2020.

Tiêu chí loại ra: Người bệnh được xác định NKVM tại thời điểm nhập viện.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu cắt ngang mô tả tiến cứu tất cả người bệnh thỏa tiêu chí chọn mẫu được thực hiện từ 05/2020 đến tháng 12/2020. Dựa trên danh sách người bệnh phẫu thuật trong thời gian nghiên cứu, nghiên cứu viên lập danh sách những người bệnh thỏa tiêu chí chọn mẫu và giải thích cho người bệnh mục tiêu nghiên cứu, các quyền và lợi ích khi tham gia nghiên cứu để xác nhận đồng thuận tham gia bằng lời (verbal consent). Sau đó, hồ sơ bệnh án của người bệnh được tiếp cận nhằm thu thập các thông tin dựa trên phiếu thu thập thông tin soạn sẵn. Các thông tin thu thập bao gồm thông tin nền (tuổi, giới), các yếu tố nguy cơ (bệnh nền đái tháo đường, thang điểm ASA, phân loại vết thương phẫu thuật, kháng sinh trước phẫu thuật, thời gian phẫu thuật, tắm trước phẫu thuật), phân loại của nhiễm khuẩn vết mổ (nông, sâu, khoang/cơ quan phẫu thuật). Theo dõi tình trạng nhiễm khuẩn vết mổ của người bệnh sau phẫu thuật trong vòng 30 ngày hoặc 90 ngày sau phẫu thuật tùy thuộc vào loại phẫu thuật. Các nghiên cứu viên đã được tập huấn sử dụng bộ câu hỏi đánh giá tình trạng NKVM bằng cách gọi điện thoại cho người bệnh sau khi xuất viện trong khung theo dõi từ 30 đến 90 ngày hoặc dựa vào hồ sơ tái khám của người bệnh sau khi xuất viện.

2.3. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu. Các phiếu thu thập thông tin sau khi được thu thập sẽ được làm sạch, sau đó nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.0 và xử lý bằng phần mềm Stata 15.1. Các thông tin thu thập được mô tả bằng tần số, tỷ lệ phần trăm và thể hiện bằng các biểu đồ hình thanh.

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu chỉ tiến hành khi người bệnh hoặc người đại diện hợp pháp của họ đã được giải thích rõ về

mục tiêu nghiên cứu, mục đích của việc sử dụng các kết quả nghiên cứu và đồng ý tham gia nghiên cứu bằng cách xác nhận vào phiếu đồng thuận. Trong quá trình nghiên cứu người bệnh có thể ngừng giữa chừng mà không cần giải thích lý do. Tôn trọng quyền được đảm bảo các thông tin cá nhân.

Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh của Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh ngày 11/12/2020 (Quyết định số 57/GCN-HĐĐĐ).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 05/2020 đến tháng 12/2020, có 859 người bệnh thỏa mãn tiêu chuẩn vào mẫu nghiên cứu.

3.1. Đặc điểm của người tham gia nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm của người tham gia nghiên cứu (n=859)

Đặc điểm	Tổng (n=859)	Người bệnh NKVM (n=19)
	n (%)	n (%)
Nhân khẩu học		
Giới (nữ)	455(52,9)	10(52,6)
Tuổi (năm), trung bình (SD)	55,5 (17,3)	52,6 (16,9)
Khoa phẫu thuật		
Gan mật tụy	190 (22,1)	8 (42,1)
Ngoại tiêu hóa	144 (16,2)	3 (15,8)
Phẫu thuật tim mạch	63 (7,3)	3 (15,8)
Ngoại thần kinh	100 (11,6)	2 (10,5)
Lồng ngực mạch máu	181 (21,1)	2 (10,5)
Chấn thương chỉnh hình	181 (21,1)	1 (5,3)
Tình trạng sức khỏe người bệnh		
Điểm ASA		
1 điểm	96 (11,2)	0 (0,0)
2 điểm	528 (61,8)	6(31,5)
3 điểm	200(23,4)	11(57,8)
4 điểm	30 (3,5)	2 (10,5)
Bệnh kèm theo		
Tiểu đường	39 (4,5)	5 (26,3)

Bảng 3.2. Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ theo loại phẫu thuật (N=859)

Loại phẫu thuật	Số ca phẫu thuật	Tỷ lệ NKVM n (%)			Thời gian bắt đầu NKVM (ngày), trung bình (SD)
		Chung	Trong thời gian nằm viện	Sau xuất viện	
Tổng	859	19 (2,2)	10 (1,2)	9 (1,0)	11,9 (7,8)
Loại phẫu thuật					
Ruột non (SB)	5	1 (20,0)	0 (0,0)	1	6 (0,0)
Tim (CARD)	55	3 (5,5)	1 (1,8)	2 (3,6)	20,6 (4,7)
Dạ dày (GAST)	44	2 (4,5)	2 (4,5)	0 (0,0)	6 (4,2)
Gan, mật, tụy (CHOL)	189	8 (4,3)	6 (3,1)	2 (1,0)	7,8 (3,7)

Nghiện rượu	160 (18,6)	6 (31,5)
Thời gian nằm viện		
Trước phẫu thuật (ngày), trung bình (SD)	3,4 (3,4)	4,9 (3,2)
Sau phẫu thuật (ngày), trung bình (SD)	7,0 (5,6)	12,3 (7,8)
Tổng thời gian (ngày), trung bình (SD)	10,4 (7,3)	17,2 (9,4)
Phẫu thuật		
Thời gian phẫu thuật (giờ), trung bình (SD)	3,3 (2,0)	5,1 (2,8)
Sử dụng kháng sinh dự phòng	602 (70,1)	13 (68,4)
Phân loại vết mổ phẫu thuật		
Sạch	438 (51,0)	9 (47,3)
Sạch nhiễm	415 (48,2)	8 (42,1)
Nhiễm	3 (0,4)	1 (5,3)
Bẩn	3 (0,4)	1 (5,3)
Loại phẫu thuật		
Cấp cứu	16 (1,9)	1 (5,2)
Chương trình	843 (98,1)	18 (94,8)
Số người tham gia phẫu thuật, trung bình (SD)	6,5 (1,0)	7,4 (1,2)
Cao lông/tóc	49 (5,7)	2 (10,5)
Tắm trước phẫu thuật (2 lần)	843 (98,1)	18 (94,7)

Người tham gia nghiên cứu đa phần là nữ giới với 52,9%, có độ tuổi trung bình là 55,5 ± 17,3 tuổi, trong đó người bệnh từ 50 tuổi trở nên chiếm đa số với 66,7% và hơn 42% người bệnh phẫu thuật ở khoa Gan mật tụy. Thang điểm gây mê ASA mức 2 chiếm cao nhất với 61,8%, người bệnh có bệnh nền tiểu đường (4,5%), nghiện rượu (18,6%). Thời gian nằm viện trung bình của người bệnh là 10,4 ± 7,3 ngày, trong đó thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình là 7,0 ± 7,56 ngày và thời gian phẫu thuật trung bình là 3,3 ± 2,0 giờ với số người tham gia trung bình là 6,5 ± 1 người. Có 70,1% người bệnh có sử dụng kháng sinh dự phòng, 51% phẫu thuật sạch, 98,1% phẫu thuật được lên chương trình và người bệnh được tắm trước phẫu thuật tối thiểu 2 lần.

3.2. Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ

Mở hộp sọ (CRAN)	49	2 (4,1)	0 (0,0)	2 (4,1)	14 (5,6)
Nổi mạch máu (PVBY)	79	2 (2,5)	0 (0,0)	2 (2,5)	26 (1,4)
Thay khớp háng (HPRO)	75	1 (1,3)	1 (1,3)	0 (0,0)	9 (0,0)
Thay khớp gối (KPRO)	106	0	0	0	-
Đại tràng (COLO)	96	0	0	0	-
Ngực (THOR)	70	0	0	0	-
Cắt cung đốt sống (LAM)	51	0	0	0	-
Tuyến giáp/cận giáp (THYR)	32	0	0	0	-
Bắc cầu động mạch (CBGC)	8	0	0	0	-

Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ tích lũy chung và phân tầng theo phân loại phẫu thuật trong Bảng 3.2 với tỷ lệ NKVM chung là 2,2%. Trong đó, các loại phẫu thuật có tỷ lệ mắc NKVM cao nhất trong các phẫu thuật ruột non (SB) với 20%, kể đến là phẫu thuật tim (CARD) với 5,5%; phẫu thuật dạ dày (GAST) với 4,54%; phẫu thuật đường mật, túi mật, gan, tụy (BILI + CHOL) với 4,2%; phẫu thuật mở hộp sọ (CRAN) với 4,1%; phẫu thuật nổi mạch máu ngoại biên (PVBY) với 2,5%; và phẫu thuật thay khớp háng (HPRO) với 1,3%.

Nghiên cứu còn cho thấy tỷ lệ NKVM sau khi người bệnh xuất viện gần bằng với tỷ lệ NKVM hiện mắc tại bệnh viện với 47,4% (9 trường hợp NKVM sau xuất viện/19 trường hợp NKVM). Ngoài ra, thời gian bắt đầu NKVM xuất hiện trung bình là $11,9 \pm 7,8$ ngày, tuy nhiên, thời gian bắt đầu nhiễm khuẩn trong phẫu thuật tim và phẫu thuật mạch máu trên 20 ngày.

3.3. Các yếu tố nguy cơ liên quan đến tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ

Bảng 3.3. Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ theo loại phẫu thuật (N=859)

	Đặc điểm	NKVM		p-value	PR
		Có n (%)	Không n (%)		
Nhân khẩu học					
Giới	Nữ	10	445	0,8 ^a	-
	Nam	9	359		
Tuổi	< 40 tuổi	1	179	-	1
	40 - 60 tuổi	8	307	0,12 ^a	5,1 (0,6-40,9)
	> 60 tuổi	9	355	0,18 ^a	4,1 (0,5-31,7)
Tình trạng sức khỏe người bệnh					
Điểm ASA	≥ 3 điểm	13	219	0,001^a	2,6 (1,8-3,6)
	≤ 2 điểm	6	618		
Bệnh kèm theo	Tiểu đường	5	34	0,001^a	6,5 (2,8-14,7)
	Nghiện rượu	6	154	0,14 ^a	1,7 (0,8-3,3)
Thời gian nằm viện (ngày), trung bình (SD)					
	Trước phẫu thuật	4,9 (3,2)	3,4 (3,4)	0,059 ^b	1,1 (0,9-1,2)
	Sau phẫu thuật	12,3 (7,8)	6,8 (5,5)	0,001^b	1,1 (1,04-1,14)
	Tổng ngày nằm viện	17,2 (9,4)	10,3 (7,2)	0,001^b	1,1 (1,03-1,12)
Phẫu thuật (PT)					
	Thời gian PT (giờ)	5,1 (2,8)	3,3 (2,0)	0,001^b	1,3 (1,1-1,6)
	Kháng sinh dự phòng	13	589	0,5 ^a	0,9 (0,7-1,3)
	Phân loại vết mổ				
	Sạch - Sạch nhiễm	17	836	0,007^a	0,9 (0,7-1,1)
	Nhiễm - Bẩn	2	4		
	Loại phẫu thuật				
	Cấp cứu	1	15	0,35 ^a	2,9 (0,4-21,1)
	Chương trình	18	825		
	Số người tham gia PT	7,4 (1,2)	6,5 (1,0)	0,001^b	1,9 (1,3-2,9)
	Cạo lông/tóc (tông đơ)	2	47	0,35 ^a	1,8 (0,5-7,1)
	Tắm phẫu thuật (2 lần)	18	825	0,26 ^a	0,9 (0,8-1,1)

^a Phép kiểm Fisher chính xác; ^b Giá trị p của phép kiểm Poisson với tùy chọn Robust

Bảng 3.3, cho thấy có mối liên quan giữa thời gian phẫu thuật, thời gian nằm viện, phân NKVM và thang điểm ASA, bệnh nền tiểu đường, loại phẫu thuật và số lượng người tham gia phẫu

thuật. Người bệnh có ASA ≥ 3 điểm thì có tỷ lệ mắc NKVM gấp 2,6 lần so với nhóm người bệnh có ASA < 3 điểm với $p < 0,05$, KTC 95% (1,8 – 3,6). Người bệnh có bệnh tiểu đường thì có tỷ lệ mắc NKVM gấp 6,5 lần so với nhóm người bệnh không có bệnh tiểu đường với $p < 0,05$, KTC 95% (2,8 – 14,7). Thời gian phẫu thuật càng tăng thì nguy cơ NKVM càng tăng, nếu thời gian phẫu thuật tăng 1 giờ thì nguy cơ NKVM tăng lên 1,3 lần với $p < 0,05$, KTC 95% (1,1 – 1,6) và nếu thời gian nằm viện tăng 1 ngày thì nguy cơ NKVM tăng lên 1,1 lần với $p < 0,05$, KTC 95% (1,03 – 1,12). Người bệnh có phân loại vết mổ sạch-sạch nhiễm có nguy cơ NKVM chỉ bằng 0,9 lần so với người bệnh có phân loại vết mổ nhiễm-nhiễm bẩn với $p < 0,05$, KTC 95% (1,7 – 1,1). Số lượng người tham gia phẫu thuật tăng 1 người thì nguy cơ NKVM tăng lên 1,9 lần với $p < 0,05$, KTC 95% (1,3 – 2,9).

IV. BÀN LUẬN

Nhiễm khuẩn vết mổ là một trong những loại nhiễm khuẩn liên quan đến chăm sóc y tế thường gặp nhất, làm gia tăng chi phí điều trị, kéo dài thời gian nằm viện và làm tăng gánh nặng bệnh tật, tử vong. Nghiên cứu này, cho thấy tỷ lệ NKVM tích lũy chung là 2,2%, dao động từ 1,3% đến 20,0%. Tỷ lệ NKVM trong nghiên cứu này thấp hơn so với nghiên cứu tại 7 Thành phố tại Việt Nam từ năm 2008-2010 với tỷ lệ trung bình là 5,5%. Hơn nữa, tỷ lệ này cũng thấp hơn so với nghiên cứu tại các nước Đông Nam Á từ 2000-2012 với tỷ lệ trung bình là 7,8%. Tuy nhiên, tỷ lệ NKVM này cao hơn so với các quốc gia phát triển với tỷ lệ trung bình là 0,6%^(5,7).

Tỷ lệ NKVM theo loại phẫu thuật tại các nước có thu nhập trung bình và thấp còn hạn chế. Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO, 2018), tỷ lệ NKVM trong phẫu thuật ruột non ở Anh là 4,9%, ở Uruguay là 3,2% thấp hơn so với nghiên cứu này. Tương tự, tỷ lệ NKVM trong phẫu thuật tim cũng khá cao với 5,5% cao hơn so với nghiên cứu tại Anh (3,5%) và Uruguay (2,5%). Bên cạnh đó, tỷ lệ NKVM trong phẫu thuật gan mật tuy trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng so với tỷ lệ này tại Anh và thấp hơn so với Uruguay⁽⁵⁾. Qua đây cũng cho thấy, tỷ lệ NKVM theo phân loại phẫu thuật của chúng tôi thấp hơn so với các nghiên cứu ngoài nước vì có sự khác biệt về đặc điểm nhân khẩu học xã hội của người bệnh, bối cảnh kinh tế và thời gian, tuy nhiên, đây là loại nhiễm khuẩn bệnh viện rất thường gặp, cả ở những nước có thu nhập cao và những nước có thu nhập trung bình và thấp.

Các yếu tố nguy cơ được xác định có liên quan đến NKVM bao gồm bệnh nền tiểu đường, thang điểm ASA, thời gian phẫu thuật, thời gian nằm viện, phân loại phẫu thuật và số lượng người tham gia phẫu thuật. Các bệnh đồng mắc liên tục được phát hiện có liên quan đến tỷ lệ mắc NKVM, bệnh đồng mắc được xác định có liên quan phổ biến nhất là bệnh tiểu đường. Trong nghiên cứu của chúng tôi, người bệnh có bệnh tiểu đường thì có tỷ lệ mắc NKVM gấp 6,5 lần (KTC 95%: 2,8-14,7). Ngoài ra, trong phẫu thuật cột sống cũng cho thấy sự hiện diện của ít nhất một bệnh đồng mắc thì nguy cơ NKVM gấp 2,3 (KTC 95%: 1,2-4,7) và trong các phẫu thuật lớn thì nguy cơ NKVM gấp 6,1 (KTC 95%: 1,3-28,9). Thời gian phẫu thuật càng tăng thì nguy cơ NKVM càng tăng, trong nghiên cứu này cho thấy nếu thời gian phẫu thuật tăng 1 giờ thì nguy cơ NKVM tăng lên 1,3 lần (KTC 95%: 1,1-1,6). Theo Nguyễn Việt Hùng và các cộng sự trong một nghiên cứu đoàn hệ thực hiện tại 7 Bệnh viện tại Việt Nam cũng cho thấy thời gian cuộc phẫu thuật là yếu tố nguy cơ NKVM, thời gian cuộc mổ kéo dài hơn 120 phút sẽ làm tăng nguy cơ NKVM lên 1,9 lần. Thời gian nằm viện kéo dài hơn được xác định là một yếu tố nguy cơ liên quan có ý nghĩa đối với NKVM, trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian nằm viện tăng 1 ngày thì nguy cơ NKVM tăng lên 1,1 lần (KTC 95%: 1,03-1,12). Nghiên cứu này cũng cho thấy người bệnh có thang điểm ASA ≥ 3 điểm thì có tỷ lệ mắc NKVM gấp 2,6 lần (KTC 95%: 1,8-3,6) và số lượng người tham gia phẫu thuật tăng thì nguy cơ NKVM tăng, nếu tăng thêm 1 người tham gia phẫu thuật thì nguy cơ NKVM tăng lên 1,9 lần (KTC 95%: 1,3-2,9).

Nghiên cứu không ghi nhận mối liên quan giữa NKVM và các yếu tố người bệnh như tuổi, giới, bệnh nền hút thuốc lá, thời gian nằm viện trước phẫu thuật, sử dụng kháng sinh dự phòng, phân loại phẫu thuật, cạo lông/tóc trước phẫu thuật và tắm trước phẫu thuật. Có thể thời gian nghiên cứu của chúng tôi ngắn, cỡ mẫu còn ít nên chưa đủ để phát hiện mối liên quan có ý nghĩa thống kê. Đối với các nghiên cứu trong tương lai có thể thực hiện nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, mở rộng các phân loại phẫu thuật nhằm tìm các yếu tố nguy cơ NKVM có thể can thiệp.

Nghiên cứu này là một trong những nghiên cứu mới được thực hiện tại Việt Nam với việc xác định tỷ lệ NKVM trên từng nhóm phẫu thuật theo NHSN, ICD-10-PCS và xác định tỷ lệ NKVM trong thời gian nằm viện và sau khi xuất viện theo hướng dẫn của CDC. Việc xác định này giúp

phản ánh được thực trạng tỷ lệ NKVM trong thực tiễn lâm sàng, tránh bỏ sót những ca mắc NKVM sau khi xuất viện.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này, cho thấy tỷ lệ NKVM là 2,2%, dao động từ 1,3% đến 20,0%. Trong đó, tỷ lệ NKVM xảy ra trong thời gian nằm viện là 52,6% và sau khi xuất viện là 47,4%. Trong 13 loại phẫu thuật được khảo sát, có 7 nhóm phẫu thuật ghi nhận có NKVM, các nhóm phẫu thuật ghi nhận tỷ lệ NKVM cao nhất là phẫu thuật ruột non (SB), phẫu thuật tim (CARD), phẫu thuật dạ dày (GAST), phẫu thuật gan, mật, tụy (CHOL) và phẫu thuật mở hộp sọ (CRAN). Thời gian trung bình cho đến khi bắt đầu nhiễm khuẩn dài hơn trong phẫu thuật tim và phẫu thuật mạch máu trên 20 ngày.

Các yếu tố nguy cơ được xác định có liên quan đến NKVM bao gồm bệnh nền tiểu đường, thang điểm ASA, thời gian phẫu thuật, thời gian nằm viện, phân loại phẫu thuật và số lượng người tham gia phẫu thuật.

VI. LỜI CẢM ƠN

Nhóm tác giả xin chân thành cảm ơn quý thầy cô và anh chị đồng nghiệp tại Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM đã nhiệt tình giúp đỡ và tạo điều kiện thuận lợi để chúng tôi hoàn thành nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lewis, S.S., et al., Assessing the relative burden of

hospital-acquired infections in a network of community hospitals. *Infection control and hospital epidemiology*, 2013. 34(11): p. 1229-1230.

- Zimlichman, E., et al., Health Care-Associated Infections: A Meta-analysis of Costs and Financial Impact on the US Health Care System. *JAMA Internal Medicine*, 2013. 173(22): p. 2039-2046
- World Health O. (2018), "Global guidelines for the prevention of surgical site infection", World Health Organization Geneva.
- Viet Nam Ministry of Health, Guidelines for the prevention of surgical site infection issued under the Decision No.3671/QĐ-BYT dated September 27, 2012. 2012, Viet Nam Ministry of Health: Ha Noi.
- Viet Hung, N., et al., Surgical Site Infection Rates in Seven Cities in Vietnam: Findings of the International Nosocomial Infection Control Consortium. *Surg Infect (Larchmt)*, 2016. 17(2): p. 243-9.
- Fields, A.C., J.C. Pradarelli, and K.M.F. Itani, Preventing Surgical Site Infections: Looking Beyond the Current Guidelines. *JAMA*, 2020. 323(11): p. 1087-1088
- Harbarth S, Huttner B, Gervaz P, Fankhauser C, Chraïti MN et al. (2008) Risk factors for methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* surgical site infection. *Infect Control Hosp Epidemiol* 29: 890-893
- Mawalla B, Mshana SE, Chalva PL, Imirzalioglu C, Mahalu W (2011) Predictors of surgical site infections among patients undergoing major surgery at Buando Medical Centre in Northwestern Tanzania. *BMC Surg*
- Nguyễn Đình Xương và cộng sự (2017), "Khảo sát tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ và các yếu tố liên quan tại khoa ngoại thần kinh Bệnh viện Nguyễn Tri Phương 2014-2016", *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*.

UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN RUỘT PHỔI - BÁO CÁO CA BỆNH VÀ XEM XÉT TÀI LIỆU LIÊN QUAN

Cung Văn Công¹

TÓM TẮT

Theo phân loại các khối u ngực của Tổ chức Y tế thế giới 2015, cập nhật 2021, nhóm ung thư biểu mô tuyến (UTBMT) bao gồm các dưới type: (1) UTBMT xâm nhập tối thiểu (Minimally invasive adenocarcinoma - MIA); (2) UTBMT không không chế nhầy xâm nhập (Invasive non-mucinous adenocarcinoma - INMA); (3) UTBMT nhầy xâm nhập (Invasive mucinous adenocarcinoma - IMA); (4) Ung thư biểu mô tuyến dạng keo (Colloid adenocarcinoma

- CA); (5) UTBMT bào thai (Fetal adenocarcinoma - FA); (6) UTBMT ruột (Enteric-type adenocarcinoma - EA). Trong đó nhóm UTBMT ruột (Enteric-type Adenocarcinoma - EA/ hoặc Pulmonary Enteric Adenocarcinoma - PEAC) được cho là rất hiếm gặp, có độ ác tính cao, tiến triển nhanh, rất khó khăn cho vấn đề điều trị. Chẩn đoán ung thư biểu mô tuyến phổi nói chung thường dựa vào kết quả giải phẫu bệnh (GPB); Các chẩn đoán dưới type cần sự hỗ trợ của hoá mô miễn dịch (HMMD). Chúng tôi giới thiệu ca bệnh PEAC hiếm gặp với hình ảnh khá đặc biệt: khối u lớn thùy trên phổi trái, các khối hạch lớn xung quanh khí quản, phế quản gốc và dưới Carina; Tất cả các cấu trúc bất thường trên đều có vôi hoá bên trong. Ngoài ra còn có nhiều nốt khác (không điển hình là nốt thứ phát) phổi cùng bên và phổi đối bên. Ban đầu ca bệnh được chẩn đoán theo dõi lao phổi; Chẩn đoán xác định PEAC bằng mô bệnh học và hoá mô miễn dịch từ bệnh

¹Bệnh viện Phổi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Cung Văn Công

Email: vancong13071964@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 23.2.2023

Ngày duyệt bài: 9.3.2023