

67% trong nghiên cứu của tác giả Fonkalsrud (2000) [5] và 82% trong nghiên cứu của tác giả Nuss (2008) [8]. Triệu chứng đau ngực khi vận động tương ứng ở ba nghiên cứu trên lần lượt là 29,3%, 12,8% và 51%. Triệu chứng khó thở khi gắng sức tương ứng lần lượt là 24,9%, 14% và 42,9%. Các triệu chứng thường gặp này ở những bệnh nhân được lý giải do dị dạng lồng ngực làm giảm thể tích lồng ngực, chèn ép các cơ quan trong lồng ngực như tim, phổi, làm giảm thể tích phổi và cung lượng tim gây nên những triệu chứng khó thở, đau ngực, nhất là khi gắng sức. Đặc biệt khi có sự biến dạng của sụn sườn làm bất thường hướng bám của các cơ thành ngực và cơ hoành, khi lồng ngực cử động gây co kéo bất thường những cơ này, gây biến dạng lồng ngực gây ra triệu chứng đau.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân lồng ngực ≥ 12 tuổi bắt đầu có ảnh hưởng thể chất và tâm lý do lồng ngực gây ra. Do đó, Phẫu thuật Nuss cho bệnh nhân lồng ngực bẩm sinh ở độ tuổi trẻ em <12 tuổi có thể dự phòng xuất hiện triệu chứng lâm sàng, cải thiện tốt phát triển thể chất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nuss D, Kelly RE:** Indications and technique of Nuss procedure for pectus excavatum. Thorac Surg Clin 2010, 20(4):pp.583-597.
2. **Nuss D, Kelly RE, Croitoru DP, Katz ME:** A 10-year review of a minimally invasive technique for the correction of pectus excavatum. J Pediatr Surg 1998, 33(4):pp.545-552.
3. **Cartoski MJ, Nuss D, Goretsky MJ, Proud VK, Croitoru DP, Gustin T, Mitchell K, Vasser E, Kelly RE, Jr.:** Classification of the dysmorphology of pectus excavatum. J Pediatr Surg 2006, 41(9):pp.1573-1581.
4. **Hebra A:** Minimally invasive repair of pectus excavatum. Semin Thorac Cardiovasc Surg 2009, 21(1):pp.76-84.
5. **Fonkalsrud EW, Dunn JC, Atkinson JB:** Repair of pectus excavatum deformities: 30 years of experience with 375 patients. Ann Surg 2000, 231(3):pp.443-448.
6. **Lâm Văn Nút:** Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật Nuss trong điều trị lồng ngực bẩm sinh. Luận án Tiến sĩ y học. Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh; 2014.
7. **Bahadir AT, Kuru Bektasoglu P, Cakiroglu Eser A, Afacan C, Yuksel M:** Psychosocial functioning in pediatric patients with pectus excavatum and pectus carinatum. Turk J Med Sci 2017, 47(3):pp.771-777.
8. **Nuss D, Kelly RE:** Minimally invasive surgical correction of chest wall deformities in children (Nuss procedure). Adv Pediatr 2008, 55:pp.395-410.

SỬ DỤNG KHÁNG SINH DỰ PHÒNG TRONG PHẪU THUẬT TUYẾN GIÁP BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

Bùi Ngọc Huệ¹, Ngô Thị Bích Thanh¹, Đỗ Xuân Hai²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả kiểm soát nhiễm khuẩn vết mổ ở bệnh nhân cắt tuyến giáp có sử dụng kháng sinh dự phòng. **Đối tượng và phương pháp:** 100 bệnh nhân mổ bệnh lý tuyến giáp có sử dụng kháng sinh dự phòng. Nghiên cứu mô tả, cắt ngang tại Khoa Phẫu thuật lồng ngực, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. **Kết quả:** Ung thư tuyến giáp chiếm 92%, tuổi trung bình $43,6 \pm 10$, nữ 87%. Loại phẫu thuật sạch 94%, ASA I: 84%. 100% bệnh nhân được sử dụng kháng sinh dự phòng. Sau mổ 70% bệnh nhân được thay băng 02 lần, vết mổ liền tốt với 97%, biến chứng sớm sau mổ dò dưỡng chấp chiếm 3%. **Kết luận:** Sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật bệnh lý tuyến giáp là có hiệu quả tốt.

Từ khóa: kháng sinh dự phòng, bệnh lý tuyến giáp.

SUMMARY

USING ANTIBIOTIC PROPHYLAXIS IN THYROID DISEASE SURGERY AT 108 MILITARY CENTRAL HOSPITAL

Objects: Evaluate the results of incision infection control in patients with thyroid cutting with preventive antibiotics. **Subject and methods:** 100 patients underwent surgery for thyroid disease using prophylactic antibiotics. Description research, cross-section in Department of Thoracic Surgery, 108 Military Central Hospital. **Results:** Thyroid cancer accounts for 92%, mean age 43.6 ± 10 , female 87%. Clean surgical type 94%, ASA I: 84%. 100% of patients received prophylactic antibiotics. After surgery, 70% of patients were changed twice, the incision was good with 97%, the early complication was 3%. **Conclusion:** The use of prophylactic antibiotics in thyroid disease surgery is effective.

Keywords: prophylactic antibiotics, thyroid disease.

¹Bệnh viện TƯQĐ 108

²Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Xuân Hai

Email: bsdoxuanhai@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 31.8.2022

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2022

Ngày duyệt bài: 31.10.2022

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kháng sinh dự phòng (KSDP) là việc sử dụng kháng sinh trước khi xảy ra nhiễm khuẩn nhằm mục đích ngăn ngừa và được sử dụng trước trước khi rạch da, có thể bổ sung lại trong 24 giờ sau phẫu thuật. Hiệu quả của KSDP đã được nghiên cứu và chứng minh bởi các tác giả như Burke (1961), Pavel A. và cộng sự năm 1974 [1], [2]. Theo Tổ chức Y tế Thế giới KSDP sử dụng muộn nhất là 120 phút trước khi rạch da sẽ làm giảm nguy cơ đáng kể về nhiễm khuẩn vết mổ [3].

Tại Bệnh viện TUQĐ 108, kháng sinh dự phòng được sử dụng ở hầu hết các chuyên ngành mang lại nhiều kết quả tốt. Tại khoa Phẫu thuật Lồng ngực chúng tôi sử dụng KSDP với loại phẫu thuật sạch, sạch nhiễm và không sử dụng kháng sinh sau phẫu thuật như trước đó. Nhằm đánh giá hiệu quả của KSDP trên nhóm bệnh nhân phẫu thuật tuyến giáp, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu sau: đánh giá kết quả kiểm soát nhiễm khuẩn vết mổ ở bệnh nhân phẫu thuật cắt tuyến giáp có sử dụng kháng sinh dự phòng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bao gồm 100 bệnh nhân cắt tuyến giáp mở được phân loại phẫu thuật sạch, sạch nhiễm, sử dụng kháng sinh dự phòng tại Khoa Phẫu thuật Lồng ngực - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, từ 05/2021 đến 12/2021.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả, cắt ngang

- Bệnh nhân được đánh giá một số đặc điểm tuổi, giới, bệnh tuyến giáp, thời gian phẫu thuật, yếu tố nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ (ASA, loại phẫu thuật), đặc điểm chăm sóc sau mổ và biến chứng.

- Kháng sinh dự phòng: Cefuroxim 1g x 1 lọ trước rạch da 30 - 60 phút, có thể sử dụng liều như trên trong vòng 24h sau mổ (với bệnh nhân > 80kg, thời gian mổ kéo dài > 120 phút) [4].

- Đánh giá tình trạng vết mổ theo phân loại của David (1989) [5]:

Loại 1: Vết mổ khô, sạch hoàn toàn liên kỳ đầu

Loại 2: Vết mổ có chảy dịch, có liền tốt nhưng không có mủ

Loại 3: Vết mổ có mủ.

- Số liệu được quản lí và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Trình bày các biến định tính bằng tỷ lệ %, các biến có phân phối chuẩn bằng trung bình và độ lệch chuẩn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm chung. Tuổi trung bình nhóm nghiên cứu: $43,6 \pm 10$ (tuổi), nữ giới chiếm chủ yếu với 87%. 100% bệnh nhân được sử dụng kháng sinh dự phòng và thời gian mổ trung bình $59 \pm 5,8$ (phút).

Bảng 1. Đặc điểm về bệnh của nhóm nghiên cứu (n = 100)

Chẩn đoán sau mổ		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Ung thư tuyến giáp	Di căn hạch cổ	36	36
	Chưa di căn hạch cổ	20	20
Bướu giáp thể nhân		08	8

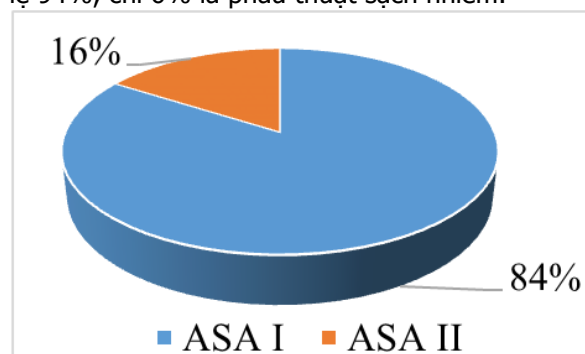
Bệnh nhân phẫu thuật chủ yếu ung thư tuyến giáp với tỷ lệ 56%, trong đó di căn hạch cổ chiếm 36%. Bướu giáp thể nhân chỉ chiếm 8%.

3.2. Đặc điểm về yếu tố nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ

Bảng 2. Phân loại phẫu thuật (n = 100)

Loại phẫu thuật	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Sạch	94	94
Sạch nhiễm	06	06
Nhiễm	0	0
Bẩn	0	0

Phẫu thuật chủ yếu là phẫu thuật sạch với tỷ lệ 94%, chỉ 6% là phẫu thuật sạch nhiễm.



Biểu đồ 1. Thang điểm ASA về nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ (n = 100)

Thang điểm nguy cơ về nhiễm khuẩn vết mổ ASA I điểm chiếm chủ yếu với 84%, không có ASA III và IV.

3.3. Kết quả sau phẫu thuật

Bảng 3. Thay băng chăm sóc vết mổ (n = 100)

Số lần thay băng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
1 lần	05	5
2 lần	70	70
3 lần	20	20
4 lần	05	5

Chủ yếu thay băng vết mổ 2 lần với 70%, thay băng từ 3 lần sau mổ chiếm 25%.

Bảng 4. Đặc điểm tại vết mổ ngày thứ 2 (n = 100)

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Khô, liền tốt	87	87
Dịch thấm băng	13	13
Mủ, không liền	0	0

Vết mổ liền tốt chiếm chủ yếu với 87%, không có bệnh nhân nhiễm khuẩn vết mổ, vết mổ có dịch thấm băng chiếm tỷ lệ nhỏ 13%

Bảng 5. Biến chứng sau mổ (n = 100)

Biến chứng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Không biến chứng	97	97
Rò dưỡng chấp	03	3
Nhiễm khuẩn vết mổ	0	0

Rò dưỡng chấp sau mổ chiếm 3%, các bệnh nhân sau mổ hầu hết không gặp biến chứng.

IV. BÀN LUẬN

- Bệnh nhân trong độ tuổi lao động với tuổi trung bình là $43,6 \pm 10$ tuổi, nữ giới chiếm chủ yếu với 87%, kết quả này phù hợp với các đặc điểm bệnh lý tuyến giáp cũng như nhiều nghiên cứu trước đó [6].

Tất cả bệnh nhân được sử dụng một mũi kháng sinh dự phòng Cefuroxim 1g x 1 lọ trước rạch da 45 phút. Các thông báo dược cho thấy thời gian bán hủy của thuốc này là 3h, thời gian phẫu thuật trung bình: $59 \pm 5,8$ (phút) là phù hợp với các hướng dẫn hiện nay để đảm bảo được nồng độ thuốc trong máu cao, hạn chế khả năng xâm nhiễm vi khuẩn tại vị trí vùng mổ trong suốt thời gian phẫu thuật và duy trì nồng độ thuốc cao trong huyết thanh và trong mô vài giờ sau khi kết thúc phẫu thuật. Theo các hướng dẫn thì kháng sinh dự phòng không quá 24h sau mổ, khi xuất hiện các biểu hiện như vết mổ không liền, có mủ thì kháng sinh dự phòng coi như không đạt kết quả. Thường các bệnh nhân trong nghiên cứu ra viện sau mổ 2 ngày với tình trạng vết mổ khô, liền sẹo.

- Các yếu tố nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ như loại vết mổ cho thấy 100% bệnh nhân thuộc phân loại vết mổ sạch và sạch nhiễm. Yếu tố nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ theo phân độ ASA là thấp với 100% là ASA I, II điểm và chủ yếu là ASA I điểm. Các nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra rằng loại vết mổ nhiễm, bẩn, ASA càng cao thì nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ càng tăng. Đây là hai yếu tố nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ chính, ngoài ra theo tác giả Hughes và cộng sự thì vị trí phẫu thuật, tuổi, thời gian phẫu thuật, hình thức phẫu thuật (mổ cấp cứu/mổ phiến) cũng là yếu tố liên quan tới nhiễm khuẩn vết mổ [7].

Tuy vậy, nghiên cứu hiệu quả chương trình kiểm soát nhiễm khuẩn vết mổ (SENIC) cho thấy 32% NKVM có thể phòng ngừa nếu áp dụng các biện pháp nhiễm khuẩn vết mổ thích hợp. Vì vậy, việc tuân thủ nghiêm ngặt mọi quy trình chuẩn bị bệnh nhân trước phẫu thuật và lựa chọn các kháng sinh dự phòng thích hợp là biện pháp quan trọng nhất nhằm phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ.

- Đánh giá tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ trong nghiên cứu thấy không xuất hiện tình trạng nhiễm khuẩn, có 13% bệnh nhân sau mổ dịch thấm băng được chăm sóc thay băng vết mổ liền tốt. Các nghiên cứu khác trong nước cho thấy tình trạng nhiễm khuẩn vết mổ chung ở một số bệnh viện là 5,4%, với các phẫu thuật có sử dụng kháng sinh dự phòng là 4,2% [7], cho thấy chúng tôi đã kiểm soát tốt tình trạng nhiễm khuẩn vết mổ với kháng sinh dự phòng.

Theo phân loại của David (1989) về tình trạng vết mổ cho thấy 97% vết mổ khô, sạch hoàn toàn liền kỳ đầu, chăm sóc vết mổ thay băng ≤ 3 lần chiếm 95%, điều này chứng tỏ hiệu quả tốt của kháng sinh dự phòng với phẫu thuật bệnh lý tuyến giáp. Sau mổ có 3 bệnh nhân rò dưỡng chấp đây là biến chứng hiếm gặp trong mổ bệnh lý tuyến giáp nhưng với mổ ung thư tuyến giáp có vết hạch cổ biến chứng này với tỷ lệ càng tăng và hiện nay được điều trị thành công qua kỹ thuật điện quang chụp và nút mạch.

V. KẾT LUẬN

Sử dụng kháng sinh dự phòng giúp kiểm soát tốt nhiễm khuẩn vết mổ ở những bệnh nhân cắt tuyến giáp và phân loại phẫu thuật sạch, sạch nhiễm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Ngọc Bích, Nguyễn Quốc Anh (2011). Nhiễm khuẩn vết mổ và các biện pháp dự phòng. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội
2. Lê Thị Anh Thư (2011). Giáo trình kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện. Nhà xuất bản Y học, 130 - 142.
3. WHO (2002), Microorganisms-Epidemiology of nosocomial infection, Prevention of hospital acquired infections, A practical guide 2nd edition, 6 - 7.
4. Bộ y tế (2015). Tài liệu hướng dẫn sử dụng kháng sinh. Quyết định số 708/QĐ-BYT.
5. Bộ Y tế (2012). Hướng dẫn phòng ngừa và kiểm soát nhiễm khuẩn vết mổ, Quyết định số 3671/QĐ-BYT.
6. Nguyễn Khánh Dự (2012). Bệnh của tuyến giáp. Nhà xuất bản tổng hợp Tp. Hồ Chí Minh.
7. Phạm Ngọc Trường (2015). Thực trạng nhiễm khuẩn vết mổ tại các bệnh viện tuyến trung ương và tuyến tỉnh, Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân Y.