

CURRENT STATUS OF USE OF PROPHYLAMIC ANTIBIOTICS IN PREGNANCY CAESAREAN SECTIONS AT VINMEC PHU QUOC INTERNATIONAL GENERAL HOSPITAL

Ta Quoc Ban^{1,2*}, Nguyen Thi Hong², Pham Thi Quynh Hoa²

¹Vinmec Phu Quoc International Hospital

²TNU - University of Medicine and Pharmacy

ARTICLE INFO	ABSTRACT
Received: 22/10/2023	Currently, reducing surgical wound infections after cesarean section, in addition to hygiene and ensuring sterility during cesarean section, the use of prophylactic antibiotics (PA) is an effective measure. With the goal of describing the current situation of prophylactic antibiotic use in pregnant women undergoing cesarean section at Vinmec Phu Quoc International General Hospital from May 2021 - January 2023, we conducted research on 432 medical records of pregnant women receiving prophylactic antibiotic regimens during cesarean section at Vinmec Phu Quoc International General Hospital. Through descriptive cross-sectional research methods, we have obtained the following results: Mean age was 29.93 ± 4.88 years. Gestational age 37-41 weeks accounts for 95.8%. The rate of antibiotic used in surgery is Cefazolin accounts for 75.9%, Cefazolin + Azithromycin accounts for 24.1%. In the emergency cesarean section group, 51% used Cefazolin + Azithromycin, 49% used Cefazolin; in the program cesarean section group, 98.7% of cases used PA Cefazolin.
Revised: 29/11/2023	
Published: 30/11/2023	
KEYWORDS	
Caesarean section	
Prophylactic antibiotics	
Gestational age	
Emergency cesarean section	
Planned cesarean section	

THỰC TRẠNG SỬ DỤNG KHÁNG SINH DỰ PHÒNG TRÊN SẢN PHỤ PHẪU THUẬT LẤY THAI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỐC TẾ VINMEC PHÚ QUỐC

Ta Quốc Bản^{1,2*}, Nguyễn Thị Hồng², Phạm Thị Quỳnh Hoa²

¹Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Phú Quốc

²Trường Đại học Y Dược – ĐH Thái Nguyên

THÔNG TIN BÀI BÁO	TÓM TẮT
Ngày nhận bài: 22/10/2023	Hiện nay, để giảm tình trạng nhiễm trùng vết mổ sau mổ lấy thai, ngoài vấn đề vệ sinh, đảm bảo vô trùng trong quá trình mổ lấy thai, thì việc sử dụng kháng sinh dự phòng là biện pháp hiệu quả. Với mục tiêu mô tả thực trạng sử dụng kháng sinh dự phòng trên sản phụ phẫu thuật lấy thai tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Phú Quốc từ tháng 5/2021 - 01/2023, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu trên 432 hồ sơ bệnh án của sản phụ được áp dụng phác đồ kháng sinh dự phòng trong mổ lấy thai tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Phú Quốc. Qua phương pháp nghiên cứu mô tả, cắt ngang, chúng tôi đã thu được kết quả sau: Tuổi trung bình là $29,93 \pm 4,88$ tuổi; Tuổi thai 37-41 tuần chiếm 95,8%. Tỷ lệ sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật là Cefazolin chiếm 75,9%, Cefazolin + Azithromycin chiếm 24,1%. Trong nhóm mổ lấy thai cấp cứu có 51% sử dụng kháng sinh dự phòng Cefazolin + Azithromycin, 49% sử dụng kháng sinh dự phòng Cefazolin; trong nhóm mổ lấy thai chương trình có 98,7% trường hợp sử dụng kháng sinh dự phòng Cefazolin.
Ngày hoàn thiện: 29/11/2023	
Ngày đăng: 30/11/2023	
TỪ KHÓA	
Mổ lấy thai	
Kháng sinh dự phòng	
Tuổi thai	
Mổ lấy thai cấp cứu	
Mổ lấy thai chương trình	

DOI: <https://doi.org/10.34238/tnu-jst.9018>

* Corresponding author. Email: bansantn@gmail.com

1. Đặt vấn đề

Với những tiến bộ của truyền máu, gây mê hồi sức, đa dạng hóa các phương pháp phẫu thuật, cải tiến chất liệu chỉ khâu phẫu thuật, mổ lấy thai (MLT) đã trở thành một phương pháp điều trị hữu hiệu của sản phụ. Tỷ lệ mổ lấy thai không ngừng gia tăng trong những năm gần đây. Theo nghiên cứu của Bệnh viện Phụ sản Trung ương (BVPSTU), tỷ lệ mổ lấy thai qua các năm 2000 là 35,10%, năm 2005 là 39,15%, năm 2008 là 40%, năm 2017 là 54,4% [1], đến năm 2021 là 54,96% [2]. Tuy nhiên, các nguy cơ băng huyết sau mổ, chảy máu trong mổ, nhiễm khuẩn... của mổ lấy thai lại cao hơn đáng kể so với những phụ nữ sinh qua đường âm đạo [3]. Một nghiên cứu của Athanasios F. Kallianidis và cộng sự cho thấy sản phụ sinh mổ có nguy cơ tử vong cao gấp 3 lần so với sinh thường [4]. Bên cạnh đó, nhiễm khuẩn vết mổ (NKVM) sau MLT là một biến chứng phổ biến nhưng nghiêm trọng, đã làm tăng sự chú ý của các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe [5].

Hiện nay, để giảm tình trạng nhiễm trùng vết mổ sau mổ lấy thai, ngoài vấn đề vệ sinh, đảm bảo vô trùng trong quá trình mổ lấy thai, thì việc sử dụng kháng sinh dự phòng (KSDP) là biện pháp hiệu quả [6].

Nghiên cứu gần đây cho thấy việc sử dụng KSDP hợp lý có thể giảm được nhiễm khuẩn vết mổ 3,3 lần so với không sử dụng KSDP [7]. Ngoài ra, sử dụng KSDP trong phẫu thuật còn góp phần giảm chi phí điều trị, đồng thời cũng hạn chế tình trạng kháng thuốc.

Tuy nhiên, một số nghiên cứu thực hiện gần đây cho thấy việc thực hành sử dụng KSDP còn nhiều hạn chế như lựa chọn kháng sinh chưa hợp lý, thời gian sử dụng kháng sinh sau phẫu thuật quá dài, thời điểm đưa liều dự phòng chưa phù hợp... Điều đó dẫn đến nhiều hậu quả như gia tăng vi khuẩn kháng thuốc, tăng gánh nặng cho sản phụ, xã hội. Cho nên cần xem xét tính hợp lý khi sử dụng KSDP trong phẫu thuật, đặc biệt là phẫu thuật mổ lấy thai vì không chỉ ảnh hưởng đến bà mẹ mà còn ảnh hưởng đến cả thể hệ tương lai.

Từ tháng 05/2021, Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Phú Quốc đã áp dụng phác đồ sử dụng KSDP trong mổ lấy thai. Cho đến nay, chưa có nghiên cứu nào đánh giá về thực trạng sử dụng KSDP phẫu thuật lấy thai tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Phú Quốc. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu mô tả thực trạng sử dụng kháng sinh dự phòng trên sản phụ phẫu thuật lấy thai tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Phú Quốc từ tháng 5/2021 - 01/2023.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. *Tiêu chuẩn lựa chọn*: Hồ sơ bệnh án của sản phụ được áp dụng phác đồ sử dụng KSDP trong phẫu thuật lấy thai tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Phú Quốc trong thời gian nghiên cứu. Hồ sơ bệnh án rõ ràng, đầy đủ thông tin cần thu thập.

2.1.2. *Tiêu chuẩn loại trừ*: Hồ sơ bệnh án không được tiếp cận tại thời điểm nghiên cứu, thiếu thông tin nghiên cứu.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu từ tháng 5/2021 - 01/2023.

Địa điểm nghiên cứu tại Khoa Sản Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Phú Quốc.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. *Thiết kế nghiên cứu*: Nghiên cứu sử dụng phương pháp mô tả, thiết kế cắt ngang.

2.3.2. *Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu*

- Cỡ mẫu: Cỡ mẫu toàn bộ. Chúng tôi tiến hành chọn tất cả các hồ sơ bệnh án của sản phụ được sử dụng phác đồ KSDP trong phẫu thuật mổ lấy thai tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Phú Quốc trong thời gian nghiên cứu từ tháng 5/2021 đến tháng 01/2023.

- Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, có chủ đích. Chúng tôi chọn toàn bộ mẫu đảm bảo đủ tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu.

2.3.3. Phác đồ kháng sinh dự phòng sử dụng trong nghiên cứu

Phác đồ kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật mổ lấy thai (Bảng 1) và cách sử dụng kháng sinh dự phòng sử dụng (bảng 2) trong nghiên cứu được dựa trên tài liệu “*Cập nhật hướng dẫn sử dụng kháng sinh dự phòng sản – phụ khoa*” của Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Phú Quốc.

Bảng 1. Phác đồ sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật mổ lấy thai tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec

Loại phẫu thuật	Kháng sinh lựa chọn	Dị ứng β -lactam
Mổ đẻ (chưa chuyển dạ, chưa vỡ ối)	Cefazolin	Vancomycin + Gentamicin
Mổ đẻ (đang chuyển dạ hoặc vỡ ối)	Cefazolin + azithromycin*	Vancomycin + Gentamicin + Azithromycin*

Ghi chú: *: truyền azithromycin ngay khi có quyết định chuyển mổ.

Bảng 2. Cách sử dụng kháng sinh dự phòng

Liều dùng	- Cefazolin 2 g (<120 kg)/ 3 g (>120 kg) một lần duy nhất. - Với trường hợp suy giảm chức năng gan thận: 1 liều duy nhất, không cần hiệu chỉnh liều. - Kéo dài thời gian dự phòng: hiệu chỉnh các liều tiếp theo phù hợp với chức năng gan thận của bệnh nhân.
Cách dùng	Tiêm tĩnh mạch chậm 3-5 phút hoặc tiêm truyền: 30 phút (pha 100 ml NaCl 0,9%).
Thời gian sử dụng kháng sinh	Nhắc lại trong mổ nếu: + Phẫu thuật kéo dài > 2 lần $t_{1/2}$ của thuốc. + Bệnh nhân mất máu nhiều (>1,5 lít)
Liều nhắc lại	giống như ban đầu (Cefazolin 2g).
Thời gian nhắc lại trong mổ	2 lần $t_{1/2}$ của thuốc: Cefazolin 3-4 giờ ($t_{1/2}$: 1,2-2,2 giờ) (Tính từ lần sử dụng kháng sinh trước đó, không phải tính từ thời điểm rạch da).

Đối với nhóm bệnh nhân sử dụng kháng sinh trước phẫu thuật: Không cần sử dụng/thay đổi KSDP khác nếu có phổ tác dụng trên các chủng vi khuẩn thường gây nhiễm khuẩn vết mổ (bệnh nhân chuyển dạ/ ối vỡ đang dùng KSDP liên cầu B (Ampicillin/Cefazolin) ->chuyển mổ: thêm Azithromycin hoặc đang dùng kháng sinh điều trị). Thời điểm dùng kháng sinh: cần điều chỉnh cho phù hợp ->có thể sử dụng thêm 1 liều kháng sinh trong vòng 60 phút trước khi rạch da.

2.3.4. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

Số liệu thu thập sẽ được mã hóa, nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1 và xử lý theo các thuật toán thống kê bằng phần mềm SPSS 23.0.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Tất cả các hoạt động tiến hành trong nghiên cứu đều tuân thủ các qui định và nguyên tắc chuẩn mực về đạo đức nghiên cứu y sinh học được hội đồng Y đức của Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên và Ban điều hành Bệnh viện Quốc tế Vinmec Phú Quốc thông qua và phê chuẩn trước khi tiến hành.

3. Kết quả và bàn luận

Qua nghiên cứu 432 hồ sơ bệnh án của các sản phụ được chỉ định phẫu thuật lấy thai tại Bệnh viện đa khoa quốc tế Vinmec Phú Quốc trong thời gian từ 5/2021 - 1/2023, chúng tôi đã thu được một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu được thể hiện ở bảng 3.

Bảng 3. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tuổi	< 18	02
	18-35	360
	≥ 35	70
Tuổi trung bình	29,93 ± 4,88	
Số lần sinh	Lần đầu	277
	Lần thứ 2 trở lên	155
Tuổi thai (tuần)	< 37	18
	≥ 37	414

Nhóm tuổi từ 18-35 tuổi chiếm 83,3%, là nhóm thuộc độ tuổi sinh đẻ thường gặp, nên tỉ lệ mổ lấy thai ở nhóm tuổi này tăng cao. Tuy nhiên, nguy cơ NKVM lại không cao do nhiều nghiên cứu cho thấy có sự liên quan giữa tuổi của bệnh nhân với tỷ lệ NKVM sau mổ. Nghiên cứu của Tamrat Legesse Laloto cho thấy những bệnh nhân có độ tuổi trên 40 tuổi tăng nguy cơ NKVM hơn ở những bệnh nhân dưới 40 OR = 7,7 (KTC 95% [1,610-40,810, p = 0,016]) [8]. Có thể lý giải điều này là do càng lớn tuổi thì khả năng miễn dịch của sản phụ giảm đi và tăng nguy cơ mắc các bệnh kèm theo, do đó làm tăng nguy cơ xuất hiện NKVM.

Số lần sinh của đối tượng nghiên cứu là lần đầu chiếm tỉ lệ chủ yếu (64,1%). Số lần sinh từ lần thứ 2 trở lên chiếm 35,9%. Tỉ lệ này cũng chiếm tương đối cao, sinh càng nhiều lần khiến cho nguy cơ chảy máu, viêm nhiễm tăng lên... làm cho thời gian phẫu thuật càng tăng lên, từ đó cũng là một yếu tố thuận lợi dẫn đến nhiễm khuẩn sau phẫu thuật.

Phẫu thuật mổ lấy thai cấp cứu có mối liên quan chặt chẽ với nguy cơ nhiễm trùng cao. Điều này có thể do sự chuẩn bị nhanh chóng để đáp ứng với tình trạng của mẹ hoặc thai nhi. Trái ngược với các ca phẫu thuật khẩn cấp và ngắn dưới 30 phút, tỷ lệ mắc NKVM tăng lên với các trường hợp tự chọn (tỷ lệ chênh lệch 1,71) hoặc các cuộc phẫu thuật kéo dài hơn 30 phút (tỷ lệ chênh lệch 1,24), với tỷ lệ NKVM là 13,8% và 12% [9]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ MLT chương trình chiếm tỉ lệ cao hơn so với các ca MLT cấp cứu (Bảng 4).

Bảng 4. Một số yếu tố liên quan đến phẫu thuật lấy thai

Nội dung	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Lý do mổ lấy thai	Do mẹ	283
	Do thai	128
	Do phần phụ	49
	Phối hợp	13
Phân loại chỉ định mổ lấy thai	Cấp cứu	198
	Chương trình	234
Thời gian phẫu thuật	> 60 phút	89
	≤ 60 phút	343
Lượng máu mất trong phẫu thuật	< 500ml	318
	≥ 500ml - <1000ml	111
	≥1000ml	03

Cũng từ bảng 4, thì thời gian phẫu thuật ≤ 60 phút trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 79,4%, thời gian phẫu thuật > 60 phút chỉ chiếm 20,6%. Thời gian phẫu thuật lấy thai kéo dài (>60 phút) là yếu tố nguy cơ với NKVM, thời gian phẫu thuật dưới 1 giờ có tác dụng phòng ngừa NKVM. Một nghiên cứu phân tích tổng hợp đã cho thấy rằng khả năng NKVM được quan sát tăng 5% cho mỗi 10 phút phẫu thuật, 13% cho mỗi 15 phút phẫu thuật, 17% cho mỗi 30 phút phẫu thuật và 37% cho mỗi 60 phút phẫu thuật [10]. Giải thích cho các mối tương quan này bao gồm liên quan đến gây mê, diện tích tổn thương mô rộng và nồng độ kháng sinh trong huyết thanh và mô không đủ trong các phẫu thuật kéo dài. Không những vậy, thời gian phẫu thuật dài làm khả năng nhiễm khuẩn tăng lên do nguy cơ phù nề tại chỗ cao hơn, tồn tại nguy cơ phơi nhiễm vùng phẫu thuật ra môi trường ngoài lâu hơn.

Bảng 5. Một số yếu tố nguy cơ nhiễm khuẩn trước phẫu thuật

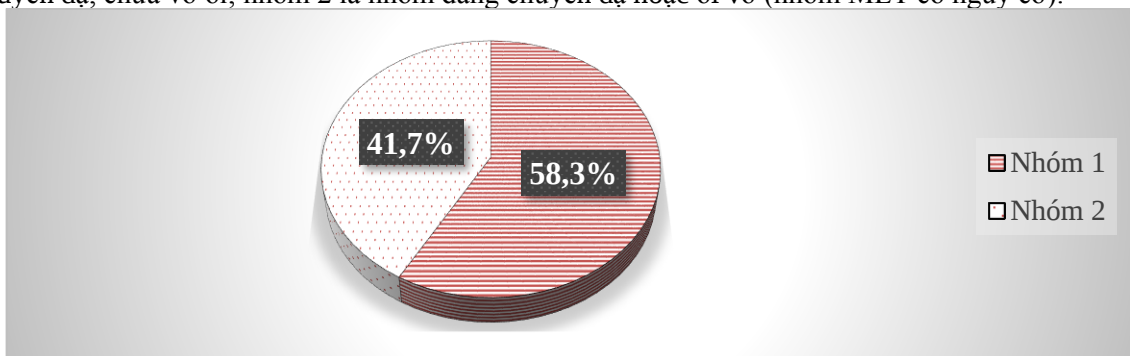
Nội dung		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tình trạng ối trước PT	Đã vỡ	100	23,1
Thời gian vỡ ối	$\geq 6h$	59	59,0
Sốt trước phẫu thuật	Có	03	0,7
Số lần mổ lấy thai trước đó	1 lần	174	40,3
	≥ 2 lần	37	8,6
Bệnh lý toàn thân kèm theo	Có	49	11,3

Theo bảng 5 cho thấy, có 23,1% trường hợp ối đã vỡ. Khi màng ối bị vỡ, tác dụng bảo vệ này giảm dần theo thời gian do nước ối không còn vô trùng. Người ta cho rằng nước ối không vô trùng có thể hoạt động như một phương tiện vận chuyển mà qua đó vi khuẩn tiếp xúc với các vết mổ trên tử cung và da dẫn đến viêm màng ối và có thể khiến người mẹ bị NKVM. Trong số các trường hợp ối vỡ trước chuyển dạ thì tỉ lệ ối vỡ $\geq 6h$ chiếm tới 59%. Một nghiên cứu của tác giả Alemayehu Gonie Mekonnen cho thấy tỷ lệ phát triển NKVM ở những phụ nữ có ối vỡ trước khi sinh cao hơn gần sáu lần so với những phụ nữ không có ối vỡ trước sinh (AOR = 5,65, KTC 95%: 3,95–8,07) [11]. Chính vì vậy, chúng ta cần truyền thông – giáo dục sức khỏe cho phụ nữ có thai các triệu chứng dấu hiệu cần phải đến viện ngay, đặc biệt là ra nước âm đạo để hạn chế tối đa các biến chứng nói chung và NKVM nói riêng.

Nhóm sản phụ có sốt trước phẫu thuật chiếm 0,7%. Sốt sẽ làm suy giảm chức năng và tích lũy bạch cầu trung tính, có thể gây ra hậu quả tiêu cực do tổn thương mô cục bộ do viêm gây ra. Khi sốt ở phụ nữ có thai sẽ làm tăng chuyển hóa, tăng cung lượng tim, tiêu thụ oxy của cơ thể, đồng thời làm nhịp tim thai cũng tăng theo. Đây có thể là một trong những nguyên nhân khiến các bác sĩ sản khoa chỉ định MLT cấp cứu cho bệnh nhân. Việc bệnh nhân vừa có khả năng đang bị nhiễm khuẩn và phải MLT cấp cứu khi chưa có sự chuẩn bị kỹ càng đều là những yếu tố nguy cơ khiến cho họ có nguy cơ bị nhiễm khuẩn sau phẫu thuật.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh toàn thân kèm theo của sản phụ bao gồm: đái tháo đường, thiếu máu, tăng huyết áp thai kỳ, cường giáp, hen suyễn... Các bệnh kèm theo này đều có thể là nguy cơ với NKVM. Tăng huyết áp do thai kỳ làm co mạch ngoại vi gây giảm tưới máu vết thương và các trường hợp phức tạp với tăng huyết áp thai kỳ có thể bị phù nề, đây có thể là nguyên nhân khiến các sinh vật xâm nhập thêm và phát triển nhiễm trùng. Còn ở các bệnh nhân đái tháo đường, chức năng của bạch cầu đa nhân trung tính như hóa hướng động, thực bào và hoạt tính diệt khuẩn nội bào có thể bị suy giảm, gây ảnh hưởng tới hệ miễn dịch và khả năng đề kháng vi khuẩn của bệnh nhân [12].

Đối tượng nghiên cứu được chia thành 2 nhóm: nhóm 1 là nhóm mổ đẻ khi bệnh nhân chưa chuyển dạ, chưa vỡ ối; nhóm 2 là nhóm đang chuyển dạ hoặc ối vỡ (nhóm MLT có nguy cơ).

**Hình 1.** Phân loại phẫu thuật của đối tượng nghiên cứu

Biểu đồ hình 1 cho thấy tỉ lệ đối tượng nghiên cứu thuộc nhóm 1 chiếm 58,3%, nhóm 2 chiếm 41,7%. Khi màng ối của thai nhi bị vỡ sớm sẽ mất đi chức năng bảo vệ, tạo điều kiện cho vi

khẩn dễ dàng xâm nhập vào vết mổ. Kết quả là người mẹ dễ bị NKVM. Điều này gợi ý cho chúng ta rằng việc điều trị tình trạng vỡ ối kéo dài càng sớm càng tốt có thể làm giảm nguy cơ NKVM. Mối liên quan giữa thời gian chuyển dạ và NKVM có thể được giải thích là do thời gian phơi nhiễm tăng lên, làm tăng nguy cơ nhiễm trùng, cũng như thực tế là tần suất thăm khám âm đạo tăng khi thời gian chuyển dạ tăng [13].

Chúng tôi sử dụng các phác đồ KSDP là Cefazolin đơn thuần, Cefazolin kết hợp Azithromycin và Ampicilin kết hợp Azithromycin. Không có trường hợp nào bị dị ứng nhóm kháng sinh β -lactam. Tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec, chúng tôi sử dụng KSDP theo tài liệu “*Cập nhật hướng dẫn sử dụng kháng sinh dự phòng sản – phụ khoa*”. Theo đó Cefazolin kháng sinh được lựa chọn cho các trường hợp mổ đẻ chưa chuyển dạ, chưa vỡ ối; những trường hợp đang chuyển dạ và/hoặc đã vỡ ối thì kết hợp truyền azithromycin ngay khi có quyết định chuyển mổ. Tất cả các trường hợp đều được sử dụng KSDP liều duy nhất.

Bảng 6. Phác đồ sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật MLT

Phác đồ	Số lượng	Tỷ lệ %
Cefazolin	338	75,9
Cefazolin + Azithromycin	104	24,1
Tổng	432	100

Qua bảng 6 cho thấy, tỉ lệ sử dụng KSDP trong phẫu thuật là Cefazolin chiếm 75,9%, Cefazolin + Azithromycin chiếm 24,1%. Tỉ lệ sử dụng Cefazolin làm KSDP của chúng tôi cao hơn so với Nguyễn Thị Hồng, tỉ lệ này trong nghiên cứu của tác giả là 44,9% [14]. Sở dĩ tỉ lệ sử dụng KSDP là Cefazolin cao như vậy là do các bác sỹ trong khoa vẫn sử dụng “theo kinh nghiệm”. Để tránh việc sử dụng nhiều loại kháng sinh, kháng sinh phổ rộng dẫn đến việc kháng kháng sinh và lãng phí nên các trường hợp chúng tôi tiên lượng không có nhiều nguy cơ thì chỉ sử dụng cefazolin, còn các trường hợp có nhiều yếu tố nguy cơ thì chúng tôi kết hợp thêm azithromycin hoặc sử dụng ampicillin kết hợp azithromycin.

Bảng 7. Phác đồ kháng sinh dự phòng theo chỉ định mổ lấy thai

Phác đồ sử dụng	Cấp cứu		Chương trình	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Cefazolin	97	49,0	231	98,7
Cefazolin + Azithromycin	101	51,0	03	1,3
Tổng	198	100	234	100

Kết quả tại bảng 7 của chúng tôi là phù hợp với phác đồ sử dụng KSDP đã được khuyến cáo. Kháng sinh cephalosporin thế hệ một đóng vai trò chính trong chiến lược dự phòng nhiễm khuẩn tại vị trí phẫu thuật sau mổ lấy thai. Phân tích gộp các thử nghiệm lâm sàng có nhóm chứng cho thấy sử dụng kháng sinh cephalosporin thế hệ một làm giảm nguy cơ nhiễm trùng vết mổ (RR 0,38; KTC 95% 0,28-0,53) và viêm nội mạc tử cung (RR 0,42, KTC 95% 0,33- 0,54) so với không có điều trị dự phòng [15]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các trường hợp mổ lấy thai cấp cứu đa số là các trường hợp bệnh nhân đã chuyển dạ hoặc vỡ ối nên tỉ lệ sử dụng cả 2 loại KSDP cao hơn, một số trường hợp khác như thai suy, tiền sản giật... bệnh nhân phải mổ cấp cứu khi chưa có chuyển dạ hay vỡ ối thì tương ứng tỉ lệ chỉ dùng Cefazolin sẽ thấp hơn. Ngược lại, với các trường hợp mổ lấy thai chương trình thì tỉ lệ bệnh nhân mổ chủ động cao hơn do vậy tỉ lệ sử dụng KSDP là cefazolin liều duy nhất chiếm tới 98,7%.

4. Kết luận

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $29,93 \pm 4,88$ tuổi. Tuổi thai 37-41 tuần chiếm 95,8%. Chỉ định mổ lấy thai chương trình chiếm 54,2%. Tỉ lệ sử dụng KSDP là Cefazolin chiếm 75,9%, Cefazolin + Azithromycin chiếm 24,1%. Trong nhóm mổ lấy thai cấp cứu, 51% trường hợp sử dụng KSDP Cefazolin + Azithromycin, 49% trường hợp sử dụng KSDP Cefazolin; trong nhóm mổ lấy thai chương trình, 98,7% trường hợp sử dụng KSDP Cefazolin.

TÀI LIỆU THAM KHẢO/ REFERENCES

- [1] L. H. Chuong, M. T. Dung *et al.*, "Review on the current situation of cesarean section at the Central Obstetrics and Gynecology Hospital in 2017," *Obstetrics and Gynecology Journal*, vol. 16, no. 1, pp. 92-96, 2018.
- [2] M. T. Dung, N. D. Thang *et al.*, "Analysis of factors related to indications for cesarean section surgery at the National Obstetrics Hospital in 2021," *Obstetrics and Gynecology Journal*, vol. 20, no. 3, pp. 46-49, 2022.
- [3] S. Sharma and I. Dhakal, "Cesarean vs Vaginal Delivery: An Institutional Experience," *JNMA J Nepal Med Assoc*, vol. 56, pp. 535-539, 2018.
- [4] A. F. Kallianidis, J. M. Schutte, J. van Roosmalen, and T. van den Akker, "Maternal mortality after cesarean section in the Netherlands," *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.*, vol. 229, pp. 148-152, 2018.
- [5] T. Getaneh, A. Negesse, and G. Dessie, "Prevalence of surgical site infection and its associated factors after cesarean section in Ethiopia: systematic review and meta-analysis," *BMC Pregnancy Childbirth*, vol. 20, p. 311, 2020.
- [6] S. I. Berríos-Torres *et al.*, "Centers for Disease Control and Prevention Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection," *JAMA Surg*, vol. 152, pp. 784-791, 2017.
- [7] M. Uchino *et al.*, "Efficacy of preoperative oral antibiotic prophylaxis for the prevention of surgical site infections in patients with Crohn disease: a randomized controlled trial," *Annals of surgery*, vol. 269, pp. 420-426, 2019.
- [8] T. L. Laloto, D. H. Gemed, and S. H. Abdella, "Incidence and predictors of surgical site infection in Ethiopia: prospective cohort," *BMC Infect Dis.*, vol. 17, p. 119, 2017.
- [9] D. Bayardorj, P. Promsatit, B. M. Chirangi, and E. Mahmoud, "Surgical Site Infections at Shirati KMT Hospital in Northeastern Tanzania," *Cureus*, vol. 15, 2023, Art. no. e34573.
- [10] H. Cheng *et al.*, "Prolonged Operative Duration Increases Risk of Surgical Site Infections: A Systematic Review," *Surg Infect (Larchmt)*, vol. 18, pp. 722-735, 2017.
- [11] A. G. Mekonnen and Y. M. Mittiku, "Surgical site infection and its association with rupture of membrane following cesarean section in Africa: a systematic review and meta-analysis of published studies," *Matern Health Neonatol Perinatol*, vol. 7, p. 2, 2021.
- [12] A. Ata, J. Lee, S. L. Bestle, J. Desemone, and S. C. Stain, "Postoperative hyperglycemia and surgical site infection in general surgery patients," *Arch Surg.*, vol. 145, pp. 858-864, 2010.
- [13] A. Adane *et al.*, "Predictors of surgical site infection among women following cesarean delivery in eastern Ethiopia: a prospective cohort study," *Ann Med Surg (Lond)*, vol. 85, pp. 738-745, 2023.
- [14] T. H. Nguyen, "Analysis of the situation of antibiotic use in patients undergoing cesarean section surgery at the Department of Obstetrics and Gynecology, Hospital A Thai Nguyen," Thesis of Level I Specialized Pharmacist, Hanoi University of Pharmacy, Hanoi, 2023.
- [15] C. T. Bui, "Updating methods to minimize the risk of cesarean section infection," *Reproductive Medicine*, vol. 45, pp. 42-47, 2018.