

BƯỚC ĐẦU ĐÁNH GIÁ SỬ DỤNG KHÁNG SINH DỰ PHÒNG TRONG PHẪU THUẬT TẠI VIỆN CHẤN THƯƠNG CHÍNH HÌNH

*Đặng Hoài Minh¹, Lê Thị Thùy Nhung¹,
Nguyễn Trần Thị Dân An¹, Lê Thùy Dương¹, Đỗ Thị Thùy¹*

TÓM TẮT

Nhiễm khuẩn vết mổ (NKVM) là một trong bốn loại nhiễm khuẩn bệnh viện (NKBV) thường gặp. Nó làm kéo dài thời gian nằm viện, tăng chi phí điều trị và là nguyên nhân tử vong ở người bệnh được phẫu thuật trên toàn thế giới. Sử dụng kháng sinh dự phòng (KSDP) là một trong các biện pháp phòng ngừa NKVM. Để đánh giá hiệu quả của KSDP chúng tôi bắt đầu triển khai áp dụng KSDP trong phẫu thuật tại Viện Chấn thương chỉnh hình Bệnh viện Quân y 175.

Mục tiêu: Đánh giá mức độ tuân thủ, chi phí sử dụng KSDP tại các khoa của viện chỉnh hình.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả từ 23/10/2020 đến 31/12/2020
Kết quả: Tỷ lệ sử dụng kháng sinh dự phòng chiếm 53,9% các ca phẫu thuật sạch, loại kháng sinh dự phòng chủ yếu sử dụng là Cephalosporin thế hệ I và II. Các loại phẫu thuật thay khớp, sọ não, cột sống hiện còn chưa áp dụng KSDP. Chi phí cho KSDP các ca phẫu thuật sạch giúp giảm gần 14 lần so với việc chi phí khi sử dụng kháng sinh điều trị.

Kết luận: Tỷ lệ tuân thủ KSDP chưa đồng đều giữa các khoa trong viện chỉnh hình. Sử dụng KSDP thật sự làm giảm chi phí điều trị. Chương trình này phải duy trì và triển khai rộng sang các phẫu thuật khác.

Từ khóa: kháng sinh dự phòng, nhiễm khuẩn vết mổ, chi phí y tế

FIRST STEP ASSESSMENT OF SURGICAL PROTECTION USE OF ANTIBIOTICS AT ORGANIC TRAUMA AND ORTHOPEDIC INSTITUTE

¹ Bệnh viện Quân y 175

Người phản hồi (Corresponding): Đặng Hoài Minh (drminhbv175@gmail.com)

Ngày nhận bài: 03/11/2021, ngày phản biện: 05/11/2021

Ngày bài báo được đăng: 30/12/2021

SUMMARY

BACKGROUND: Surgical site infection is one of the four common types of hospital-acquired infections. It prolongs hospital stays, increases treatment costs, and is a leading cause of death in surgical patients worldwide. Prophylactic antibiotic use (KSDP) is one of the preventive measures against UTIs. To evaluate the effectiveness of KSDP, we started to apply KSDP in surgery at the Institute of Trauma and Orthopedics, Military Hospital 175.

Objective: To evaluate the level of compliance and cost of using KSDP in the departments of the orthopedic institute.

Methods: Descriptive cross-sectional study from October 23, 2020 to December 31, 2020

Results: Prophylactic antibiotic use rate accounted for 53.9% of clean surgeries. The main prophylactic antibiotic used was Cefalosporin generation I and II. The types of surgery to replace joints, skull and spine are not yet applied KSDP. The cost for KSDP of clean surgeries helps reduce 14 times compared to the cost of using antibiotic treatment.

Conclusion: The rate of adherence to KSDP is not uniform among departments in orthopedic institutes. Using KSDP actually reduces the cost of treatment. This program must be maintained and extended to other surgeries.

Keywords: prophylactic antibiotics, surgical site infection, medical costs

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn vết mổ là một trong những nhiễm khuẩn thường gặp nhất và tốn chi phí nhất trong các loại nhiễm khuẩn bệnh viện. Theo Anderson D.J (2014), hậu quả của nhiễm khuẩn vết mổ làm tăng nguy cơ tử vong từ 2 đến 11 lần, kéo dài thời gian nằm viện thêm 7 đến 11 ngày và tăng chi phí điều trị trên người bệnh phẫu thuật. Tại Hoa Kỳ, nhiễm khuẩn vết mổ đứng thứ 2 trong các loại nhiễm khuẩn bệnh viện, đứng sau nhiễm khuẩn tiết niệu. Tại Việt Nam, tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ trong cả

nước 5 – 10% trong số 2 triệu người được phẫu thuật hàng năm [1]. Tại bệnh viện Quân y 175, chưa có những dữ liệu cơ bản về NKVM sau phẫu thuật.

Có rất nhiều biện pháp để làm giảm nguy cơ NKVM. Biện pháp sử dụng KSDP trong phẫu thuật sạch và sạch cơ nguy cơ nhiễm, hiện nay là một biện pháp được chấp nhận rộng rãi trên toàn thế giới [8].

Tại bệnh viện Quân y 175, từ trước năm 2020 Viện Chấn thương chỉnh hình chưa đưa việc sử dụng KSDP vào

trong phác đồ do nhiều lý do. Hiện nay, viện CTCH đã được xây mới với cơ sở vật chất, hạ tầng kỹ thuật mới và hiện đại, việc áp dụng các biện pháp làm giảm NKVM là một yêu cầu bắt buộc.

Tháng 10/2020, Bệnh viện Quân y 175 bắt đầu xây dựng hướng dẫn sử dụng kháng sinh dự phòng cho loại phẫu thuật sạch thuộc các khoa trong tòa nhà Viện Chấn thương chỉnh hình. Sau 3 tháng áp dụng cho các phẫu thuật sạch tại Viện CTCH, đó là lý do chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: Bước đầu đánh giá sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật tại Viện chấn thương chỉnh hình, Bệnh viện Quân Y 175. Cụ thể:

Xác định tỷ lệ tuân thủ sử dụng KSDP tại Viện chấn thương chỉnh hình.

Xác định phân bố tỷ lệ sử dụng KSDP theo loại bệnh và khoa lâm sàng của Viện Chấn thương chỉnh hình.

Xác định chi phí cho sử dụng KSDP.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

- Tiêu chuẩn chọn vào: Tất cả những bệnh nhân có PT sạch được mổ tại

viện CTCH.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân được thực hiện phẫu thuật sạch có nguy cơ nhiễm, nhiễm, bản và có sử dụng kháng sinh trước nhập viện trong vòng 24 giờ, hoặc tiếp tục dùng trong vòng 48 giờ (ngoại trừ mổ tim).

2.2. Thời gian thực hiện

Từ 23/10/2020 đến 31/12/2020

2.3. Phương pháp

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4. Cỡ mẫu

Tổng số 668 ca phẫu thuật sạch đủ tiêu chuẩn trong nhóm nghiên cứu

2.5. Công cụ và cách thu thập số liệu

Thu thập dữ liệu theo mẫu có sẵn.

Nhân viên Khoa KSNK hàng ngày thu thập thông tin được lấy từ bệnh án bệnh nhân phẫu thuật đủ tiêu chuẩn: PT sạch, chưa dùng KS trước và sau PT

2.6. Xử lý và phân tích dữ liệu

Nhập liệu: Excel

Phân tích số liệu: Stata 14.0 và sử dụng thống kê mô tả để phân tích kết quả

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Bảng 4. 1 Đặc điểm chung của người bệnh

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ %
Tuổi trung bình	42,9		
Giới tính	Nam	426	63,8
	Nữ	242	36,2

Người bệnh trong nhóm nghiên cứu có độ tuổi trung bình là 42,9; phần lớn là nam giới (63,8%).

3.2. Đặc điểm phẫu thuật

Phân bố theo điểm ASA:

Bảng 4. 2 Phân bố theo điểm ASA

ASA (n= 668)	n	%
1	6	0,9
2	641	96
3	21	3,1

Hầu hết người bệnh được phẫu thuật nằm trong nhóm phẫu thuật sạch đều nằm trong nhóm ASA bằng 2 (96%).

Phân bố theo loại phẫu thuật: mổ chương trình/ mổ cấp cứu

Bảng 4. 3 Phân bố theo hình thức phẫu thuật

Loại phẫu thuật	Tần số (n =668)	Tỷ lệ %
Mổ chương trình	662	99,1
Mổ cấp cứu	6	0,9

Phẫu thuật chương trình là chủ yếu (99,1%).

CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

Phân bố theo loại phẫu thuật

Bảng 4.4. Phân bố theo loại phẫu thuật

Loại phẫu thuật	Tần số (n=668)	Tỷ lệ %
Kết hợp xương	149	22,3
Nội soi khớp	128	19,2
Cột sống	127	19
Ngoại lồng ngực	106	15,9
Tháo đinh/ nẹp vít	64	9,6
Thay khớp	20	3
Sọ não	19	2,8
Các phẫu thuật mở khác	55	8,2

Loại phẫu thuật sạch gặp nhiều nhất trong 668 ca nghiên cứu là phẫu thuật kết hợp xương chiếm 22,3%, kế đến là nội soi khớp (19,2%) và các phẫu thuật thuộc chuyên khoa cột sống (19%).

Phân bố theo chuyên khoa khoa sử dụng

Bảng 4.5. Phân bố theo chuyên khoa sử dụng

Đặc điểm chuyên khoa	Tần số (n= 668)	Tỷ lệ %
Chi trên (B1a)	146	21,9
Chi dưới (B1b)	139	20,8
Y học thể thao (B1c)	89	13,3
Ngoại lồng ngực (B4)	130	19,5
Ngoại thần kinh (B6)	157	23,5
Hàm mặt (B8)	7	1

Trong tổng số 668 ca phẫu thuật sạch thì số ca phẫu thuật sạch thuộc khoa ngoại thần kinh (B6) chiếm tỷ lệ cao nhất (23,5%) trong khi đó gặp ít nhất là khoa hàm mặt (B8).

3.3. Đặc điểm tuân thủ kháng sinh dự phòng

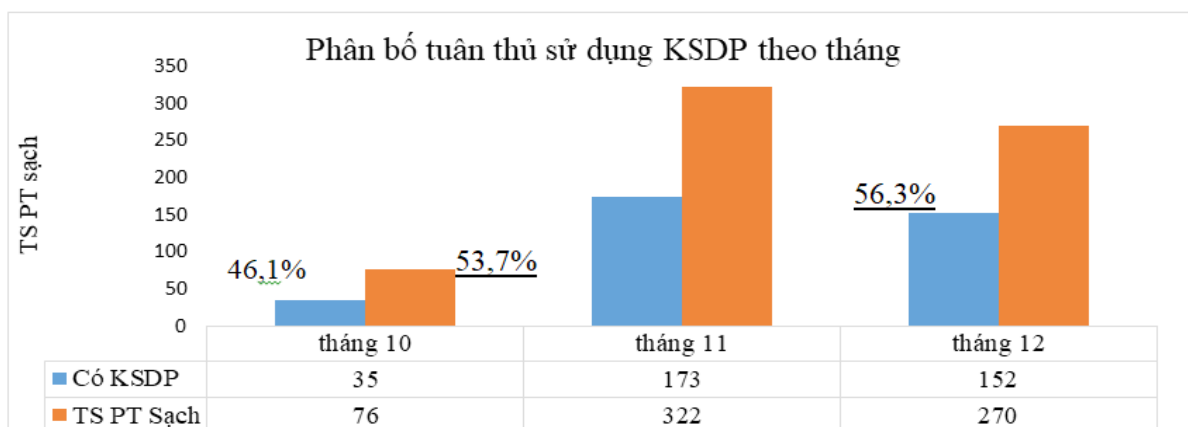
Tỷ lệ tuân thủ sử dụng kháng sinh dự phòng chung

Bảng 4.6. Tỷ lệ tuân thủ kháng sinh dự phòng chung

	Tần số (n=668)	Tỷ lệ %
Có sử dụng KS dự phòng	360	53,9
Không sử dụng KS dự phòng	306	46,1

Tỷ lệ sử dụng KSDP đối với các ca PT sạch tại các khoa ngoại trong Viện CTCH là 53,9%.

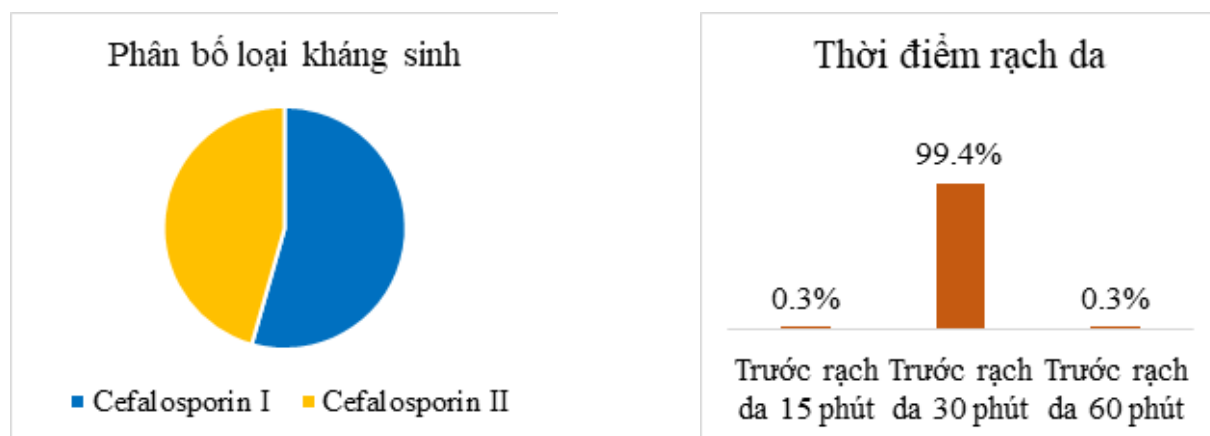
Tỷ lệ tuân thủ sử dụng kháng sinh dự phòng riêng từng tháng



Biểu đồ 4.1. Phân bố tuân thủ sử dụng KSDP theo tháng

Tỷ lệ tuân thủ kháng sinh dự phòng có tăng dần theo từng tháng: tháng 10 (46,1%), tháng 11 (53,7%), tháng 12 (56,3%).

Phân bố theo loại kháng sinh sử dụng



Biểu đồ 4.2. Loại KSDP được sử dụng và thời điểm rạch da

Loại kháng sinh sử dụng làm kháng sinh dự phòng chủ yếu là Nhóm Cefalosporin, trong đó thế hệ I được sử dụng nhiều hơn thế hệ II.

Hầu hết các kháng sinh dự phòng đều được sử dụng 30 phút trước khi phẫu thuật (99,4%).

Đặc điểm liều KSDP:

Bảng 4.7. Liều kháng sinh dự phòng sử dụng

Liều kháng sinh (gam)*	Tần số (n=360)	Tỷ lệ %
Sai	4	1,2
Đúng	356	98,8

Theo hướng dẫn sử dụng kháng sinh của bệnh viện, liều dùng kháng sinh dự phòng đối với Cefazolin (Cefalosporin I) và Cefoxitin (Cefalosporin II) đối với người có cân nặng nhỏ hơn hoặc bằng 120kg là 2g, cân nặng trên 120kg là 3g. Tỷ lệ sử dụng đúng liều KSDP là 98,8%.

Đặc điểm thời gian sử dụng kháng sinh dự phòng

Bảng 4.8. Đặc điểm độ dài của đợt kháng sinh

	Tần số (n=360)	Tỷ lệ %
Một liều kháng sinh duy nhất trước phẫu thuật	300	83,3
Lặp lại liều kháng sinh trong vòng 24 giờ	60	16,7

Tỷ lệ người bệnh được sử dụng kháng sinh dự phòng một liều duy nhất ngay trước phẫu thuật là 83,3%; người bệnh được lặp lại liều kháng sinh trong vòng 24 giờ kể từ khi bắt đầu rạch da chiếm 16,7%.

3.4. Tỷ lệ tuân thủ theo từng loại phẫu thuật

Bảng 4.9. Tỷ lệ tuân thủ theo loại phẫu thuật

Loại phẫu thuật	Có sử dụng KSDP (%)		Không sử dụng KSDP (%)	
	n	%	n	%
Tháo đinh/ nẹp vít	54	84,4	10	15,6
Nội soi khớp	103	80,5	25	19,5
Ngoại lồng ngực	75	70,8	31	29,2
Các phẫu thuật mở khác	29	52,7	26	47,3
Kết hợp xương	99	59,7	50	40,3

Trong các loại phẫu thuật sạch, tỷ lệ tuân thủ sử dụng kháng sinh dự phòng đối với loại phẫu thuật tháo đinh/ nẹp vít chiếm tỷ lệ cao nhất (84,4%), ngược lại phẫu thuật thay khớp, phẫu thuật cột sống và sọ não hiện chưa thực hiện sử dụng kháng sinh dự phòng.

3.5. So sánh chi phí sử dụng kháng sinh giữa sử dụng kháng sinh điều trị và sử dụng kháng sinh dự phòng

Bảng 4.10. Chi phí khi sử dụng kháng sinh dự phòng cho 1 ca PT

Loại KS	KSDP (VNĐ)	Chi phí KSDP		Chi phí KSĐT 7 ngày	
		1 ca PT *	668 ca PT	1 ca PT	668 ca PT
Zolifast 2g	37.989/lọ	37.989	26.136.432	531.864	355.273.128

Mức chênh lệch: $355.273.128/531.864 = 13,6$ lần

**Chưa tính tiền công và vật tư tiêu hao*

KSDP liều duy nhất cho 1 ca PT là 37.989 VNĐ, cho 1 tuần điều trị 531.864 VNĐ.

KSDP cho 668 ca PT là 26.136.432 và trong 1 tuần với 688 ca PT là 355.273.128. mức chênh lệch 13,6 lần.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của người bệnh có phẫu thuật

Nghiên cứu của chúng tôi, người bệnh có độ tuổi trung bình là 42,9. Nam giới gấp xấp xỉ 2 lần nữ giới, nhiều công việc có số lượng nam chiếm nhiều hơn nữ do vậy số lượng phẫu thuật chỉnh hình ở nam giới cao hơn ở nữ giới.

4.2. Đặc điểm phẫu thuật

Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy, các ca phẫu thuật đủ tiêu chuẩn 100% là phẫu thuật sạch, tuy nhiên trong khi lấy số liệu, việc các phẫu thuật viên còn chưa thực hiện phân loại phẫu thuật Altemeier đầy đủ và nhóm nghiên cứu

phải đánh giá lại nên còn mang tính chất chủ quan [7], đây cũng là điều sau nghiên cứu cần có quy định bác sỹ phải đánh giá và ghi hồ sơ đủ phân loại phẫu thuật.

Bên cạnh đây, chúng tôi còn thấy, KSDP áp dụng cho chủ yếu loại phẫu thuật chương trình, loại phẫu thuật này thường được lên lịch sẵn, có thời gian chuẩn bị bệnh nhân trước mổ như tắm bằng xà phòng có chất khử khuẩn trước mổ, loại bỏ lông và chuẩn bị vùng rạch da đúng quy định, hạn chế nguy cơ nhiễm khuẩn khi rạch da như khuyến cáo về phòng ngừa NKVM do BHYT ban hành (2012) và WHO (2016) [1].

Trong nghiên cứu này bước đầu chỉ chọn toàn bộ những phẫu thuật sạch, đây là những phẫu thuật trên những người bệnh có sức khỏe bình thường, không có bệnh nền và không có ổ nhiễm khuẩn trước đó, các phẫu thuật đi vào mô/khoang vô khuẩn là những điều kiện thuận lợi cho việc áp dụng kháng sinh dự phòng hiệu quả [7]. Tuy nhiên, nghiên cứu cho thấy việc áp dụng KSDP cho cả loại phẫu thuật sạch nhiễm như nghiên cứu tại bệnh viện Vinmec Times City thực hiện cả phẫu thuật sạch và phẫu thuật sạch nhiễm, chỉ có

30,2% là ở phẫu thuật sạch và đến 69,8% là phẫu thuật sạch nhiễm; [3]. Trong một nghiên cứu khác của Phạm Thị Kim Huệ tại bệnh viện Đại học Y dược TPHCM cũng cho thấy việc sử dụng KSDP cho phẫu thuật sạch và sạch nhiễm [4]. Trong hướng dẫn của Bộ y tế cũng đưa ra khuyến cáo biện pháp giảm NKVM là áp dụng sử dụng KSDP trong cả 2 loại phẫu thuật sạch và sạch-nhiễm [1]. Qua nghiên cứu bước đầu này, chúng tôi thấy cần thiết phải mở rộng áp dụng KSDP rộng rãi ở trong cả phẫu thuật sạch có nguy cơ nhiễm chứ không dừng lại ở phẫu thuật sạch.

4.3. Đặc điểm tuân thủ kháng sinh dự phòng

4.3.1. Đặc điểm tuân thủ KSDP chung các khoa trong Viện CTCH

Trong 03 tháng kể từ khi áp dụng KSDP, tỷ lệ chung sử dụng KSDP ở người bệnh được phẫu thuật sạch là 53,9%. Trong đó tỷ lệ sử dụng KSDP tăng dần theo tháng, từ 46,1% (tháng 10) đến 53,7% (tháng 11) và gần 57% ở tháng 12. Tuy sự thay đổi chưa nhiều nhưng có xu hướng tăng, điều đó chứng tỏ việc sử dụng KSDP đã tạo được thói quen đối với các phẫu thuật viên tại viện Chấn thương chỉnh hình. Kết quả triển khai chương trình KSDP tại bệnh viện trung ương Huế vào năm 2019 của tác giả Lê Thị Mai Phương cho thấy tỷ lệ sử dụng KSDP là 31,9% [6], tỷ lệ này có thấp hơn tỷ lệ được khảo sát tại Viện chấn thương chỉnh hình trong 3

tháng qua. Tuy nhiên, một nghiên cứu tại bệnh viện Vinmec Times City của tác giả Đào Thị Kim Hạnh [3], cho thấy tỷ lệ sử dụng KSDP là rất cao đến 97,7%; và được thực hiện với nhiều chuyên khoa: chấn thương chỉnh hình, tai mũi họng, tiết niệu, sản khoa..., trong đó phẫu thuật sản khoa có số ca thực hiện nhiều nhất trong các loại phẫu thuật (61,4%); và tỷ lệ sử dụng KSDP tại khoa chấn thương chỉnh hình lại chiếm tỷ lệ cao nhất (90,6%). Trong khi nghiên cứu của chúng tôi chỉ thực hiện tại viện Chấn thương chỉnh hình và trên nhóm bệnh nhân ngoại khoa tỷ lệ này chỉ đạt 53,7%. Và một số khoa có phẫu thuật sạch nhiều như thần kinh, sọ não, còn chưa được áp dụng, và đó cũng là vấn đề chúng tôi cần phải mạnh dạn hơn nữa, nhất là sau khi viện chỉnh hình đã được xây mới, cơ sở vật chất phòng mổ và các khoa phòng đã được cải thiện đáng kể.

4.3.2. Đặc điểm loại kháng sinh và thời điểm sử dụng KSDP

Loại kháng sinh sử dụng làm KSDP trong thời gian nghiên cứu chủ yếu là nhóm Cefalosporin thế hệ I và thế hệ II với liều chuẩn là 2g. Nhóm Cefalosporin thế hệ I và thế hệ II chiếm tỷ lệ lần lượt là 54,4% và 45,6%. Việc sử dụng này chưa đúng với khuyến cáo của WHO và BYT. Lý do, trong chính sách phân bổ kháng sinh của viện CTCH chưa được cập nhật, việc cung cấp Cefazolin được ưu tiên cho phòng mổ, trong khi KSDP thường được

cho tại khoa và khoa chỉ dùng Cefoxitin (nhiều trường hợp KSDP được cho tại khoa trước khi đưa vào phòng mổ), đây là điều bất cập và cần phải điều chỉnh sau nghiên cứu vì việc sử dụng Cephalosporin thế hệ I sẽ có khả năng tiêu diệt các vi khuẩn gram dương nhiều hơn, và các vi khuẩn thường gây NKVM hay gặp nhất là các nhóm vi khuẩn gram dương như *Staphylococcus sp.* và thời gian tác dụng nhanh và ít tác dụng phụ và không làm tăng nguy cơ kháng kháng sinh [2] [8].

Nghiên cứu cũng cho thấy thời điểm sử dụng kháng sinh dự phòng 30 phút trước phẫu thuật chiếm đa số 99,4%, tuy nhiên cần thống nhất nơi tiêm KSDP và cách ghi thời gian bắt đầu tiêm trong bản tường trình PT, hiện tại chúng tôi chỉ khai thác được dựa trên y lệnh của bác sỹ còn điều dưỡng – kỹ thuật viên, nên thời gian tiêm chưa thể hiện trên bản tường trình tại khoa gây mê hồi sức.

4.3.3. Đặc điểm thời gian sử dụng KSDP

Nghiên cứu của chúng tôi 83,3% người bệnh được sử dụng kháng sinh một liều trước mổ với những phẫu thuật sạch, thời gian phẫu thuật ngắn, không mất máu, tỷ lệ này có thấp hơn với nghiên cứu của tác giả Đào Thị Kim Hạnh tại bệnh viện Vinmec Times City (96%) [3].

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ lặp lại liều KSDP chiếm 16,7% và không thể hiện rõ lý do lặp lại trong khi

theo khuyến cáo việc lặp lại liều kháng sinh chỉ được cho cần thiết đảm bảo nồng độ thuốc trong mô và huyết tương suốt thời gian phẫu thuật và sau đó (không quá 24 giờ với PT kéo dài, không quá 48 giờ với mổ tim, thích hợp trong trường hợp thời gian phẫu thuật kéo dài hơn hai lần thời gian bán thải của kháng sinh hoặc mất máu > 1500ml với người lớn).

Mặc dù hướng dẫn sử dụng KSDP của bệnh viện Quân y 175 đưa ra thời điểm tiêm KSDP với phẫu thuật sạch trước rạch da trong vòng 60 phút và với nhóm Beta-lactam thời gian sử dụng tối ưu 15 – 30 phút trước rạch da. Vancomycin, Ciprobay truyền tĩnh mạch chậm trong 1-2 giờ trước khi rạch da. Thời gian sử dụng kháng sinh dự phòng không quá 48 giờ với phẫu thuật can thiệp mạch và không quá 24 giờ đối với phẫu thuật khác.

4.3.4. Đặc điểm tuân thủ KSDP ở từng loại phẫu thuật

Nghiên cứu trong thời gian 3 tháng vừa qua cho thấy phẫu thuật tháo đinh/nẹp vít và nội soi khớp là trên 80%. Phẫu thuật kết hợp xương đạt 59,7%. Trong một nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thanh Lương tại BV Bạch Mai về Triển khai thí điểm chương trình KSDP tại khoa phẫu thuật lồng ngực cho thấy chỉ có 34,3% [5] trong khi tỷ lệ sử dụng KSDP ở phẫu thuật lồng ngực của viện CTCH là đến 70,8%. Do đây là bước đầu áp dụng KSDP nên ở những ca phẫu thuật lớn như sọ não,

cột sống, thay khớp hiện tại chưa áp dụng KSDP, đây cũng là một vấn đề cần được thống nhất sớm và áp dụng rõ ràng hơn ở những giai đoạn tiếp theo.

4.3.5. So sánh chi phí sử dụng kháng sinh giữa sử dụng kháng sinh điều trị và sử dụng kháng sinh dự phòng

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nếu sử dụng đúng chỉ định KSDP chi phí cho sử dụng đối với Cephalosporin liều duy nhất trước mổ cho một ca phẫu thuật (2g) là 37.989 VNĐ, nếu dùng điều trị trong 1 tuần (531.864 VNĐ) và nếu cho 688 ca phẫu thuật với 1 liều duy nhất trước PT (26.136.432) và trong 1 tuần với 688 ca PT (355.273.128). Mức chênh lệch là 13,6 lần. Tương tự như nghiên cứu việc sử dụng KSDP tại khoa phẫu thuật lồng ngực của tác giả Nguyễn Thanh Lương cũng cho thấy việc sử dụng KSDP làm giảm 11 lần chi phí so với việc sử dụng KSĐT [5]. Ngoài vấn đề tiết kiệm chi phí, còn tiết kiệm thời gian tiêm kháng sinh, vật tư tiêu hao, tiền công và quan trọng hơn nhiều nghiên cứu cho thấy việc sử dụng KSDP còn làm giảm NKVM, giảm thời gian nằm viện [8],[2]. Do vậy, việc giám sát tuân thủ sử dụng KSDP cần được tiếp tục thực hiện và nghiên cứu cũng cần tiếp tục và đánh giá thêm hiệu quả trên giảm NKVM, thời gian nằm viện, chi phí điều trị và hài lòng NVYT.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ sử dụng kháng sinh dự phòng

chiếm 53,9% các ca phẫu thuật sạch trước khi rạch da trong vòng 60 phút

Độ tuổi trung bình của người bệnh có phẫu thuật là 42,9. Đa số người bệnh là nam giới (63,8%). Phẫu thuật chương trình chiếm đa số (99,1%), loại kháng sinh dự phòng chủ yếu sử dụng cho các ca phẫu thuật sạch thuộc viện Chấn thương chỉnh hình là Cefalosporin thế hệ I và II. Có 83,3% các ca phẫu thuật sạch có sử dụng KSDP dùng một liều kháng sinh duy nhất và 16,7% ca dùng sau 24 giờ sau mổ.

Có 84,4% các ca tháo đinh/nẹp vít, kể đến là nội soi khớp với 80,5% có sử dụng KSDP. Các ca PT lồng ngực và khác có tỷ lệ thấp hơn, đặc biệt mổ sọ não, cột sống, thay khớp là 0%.

KIẾN NGHỊ

Chương trình tăng cường sử dụng KSDP trong phẫu thuật sạch cần được tiếp tục và mở rộng sang phẫu thuật sạch và có nguy cơ nhiễm. Khoa sọ não, khớp cần triển khai chương trình này. Khoa KSNK, Dược, vi sinh và viện chỉnh hình cần đưa vào một nghiên cứu đánh giá tiếp tục hiệu quả sử dụng KSDP (giảm chi phí, tăng tuân thủ, giảm NKVM) và chấn chỉnh những tồn tại: Phân loại phẫu thuật, ghi chép thời gian sử dụng KSDP, sự tuân thủ của phẫu thuật viên, cung cấp dược, và khoa vi sinh thông báo các trường hợp NKVM có cấy dương tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế (2012), Hướng dẫn

phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ, Bộ Y Tế, tr. 4-5.

2. Bộ Y Tế (2015), Hướng dẫn sử dụng kháng sinh, Bộ Y Tế, tr. 259-262.

3. Đào Thị Kim Hạnh, Nguyễn Thị Mai, Nguyễn Thị Thu Vinh (2019), “Thực trạng tuân thủ phác đồ kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật tại bệnh viện Vinmec Times City”. Tạp chí Y học thực hành, 12 (1122), tr. 45.

4. Phạm Thị Kim Huệ, Đặng Nguyễn Đoàn Trang (2018), “Khảo sát việc sử dụng KSDP trong phẫu thuật sạch, sạch nhiễm tại Bệnh viện Đại học Y dược TPHCM”. Y Học Thành phố Hồ Chí Minh, 22 (1), tr. 83-88.

5. Nguyễn Thanh Lương (2019), Triển khai thí điểm chương trình KSDP tại khoa phẫu thuật lồng ngực bệnh viện Bạch Mai, tr. 43.

6. Phạm Thị Thúy Vân, Lê Thị Mai Phương (2019), Kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật, tr. 53.

7. Altemeier WA, Burke JF, Puitt BA, Sandusky WR (1984), Manual on control of infection in surgical patients, JB Lippincott 2nd Ed, Philadelphia, pp. 29.

8. WHO (2018) Global guidelines for the prevention of surgical site infection, WHO, pp. 69-75.