

3. **Curhan G C** (2007), "Epidemiology of stone disease", *Urologic Clinics of North America*, 34 (3), pp. 287-293.
4. **Elawady H, Mostafa D E, Mahmoud M A, Abuelnaga M, et al** (2018), "Is multiple tracts percutaneous nephrolithotomy (PCNL) safe modality in management of complex renal stones? A prospective study: Single center experience", *African Journal of Urology*, 24 (4), pp. 308-314.
5. **Elghoneimy M, Abdel-Rassoul M, Elfayoumy H, Mosharafa A** (2016), "Conservative management of colonic injury during percutaneous nephrolithotomy", *African Journal of Urology*, 22 (2), pp. 101-105.
6. **Ganpule A P, Desai M** (2008), "Management of the staghorn calculus: multiple-tract versus single-tract percutaneous nephrolithotomy", *Current opinion in urology*, 18 (2), pp. 220-223.
7. **Hegarty N J, Desai M M** (2006), "Percutaneous nephrolithotomy requiring multiple tracts: comparison of morbidity with single-tract procedures", *Journal of endourology*, 20 (10), pp. 753-760.
8. **Ibrahim A, Elsothi I, Mahjoub S, Elatreisy A, et al** (2017), "Factors determining perioperative complications of percutaneous nephrolithotomy: a single center perspective", *African Journal of Urology*, 23 (4), pp.
9. **Jackman S V, Docimo S G, Cadeddu J A, Bishoff J T, et al** (1998), "The "mini-perc" technique: a less invasive alternative to percutaneous nephrolithotomy", *World journal of urology*, 16 (6), pp. 371-374.
10. **Marguet C G, Springhart W P, Tan Y H, Patel A, et al** (2005), "Simultaneous combined use of flexible ureteroscopy and percutaneous nephrolithotomy to reduce the number of access tracts in the management of complex renal calculi", *BJU international*, 96 (7), pp. 1097-1100.
11. **Osman M, Wendt-Nordahl G, Heger K, Michel M S, et al** (2005), "Percutaneous nephrolithotomy with ultrasonography-guided renal access: experience from over 300 cases", *BJU international*, 96 (6), pp. 875-878.
12. **Patel S R, Haleblan G E, Pareek G** (2010), "Percutaneous nephrolithotomy can be safely performed in the high-risk patient", *Urology*, 75 (1), pp. 51-55.
13. **Singla M, Srivastava A, Kapoor R, Gupta N, et al** (2008), "Aggressive approach to staghorn calculi—safety and efficacy of multiple tracts percutaneous nephrolithotomy", *Urology*, 71 (6), pp. 1039-1042.
14. **Tefekli A, Altunrende F, Tepeler K, Tas A, et al** (2007), "Tubeless percutaneous nephrolithotomy in selected patients: a prospective randomized comparison", *International urology and nephrology*, 39 (1), pp. 57-63.
15. **Wen C C, Nakada S Y** (2007), "Treatment selection and outcomes: renal calculi", *Urologic Clinics of North America*, 34 (3), pp. 409-419.

THỰC TRẠNG TUÂN THỦ SỬ DỤNG KHÁNG SINH DỰ PHÒNG TRONG PHẪU THUẬT VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG TẠI BỆNH VIỆN BÌNH DÂN NĂM 2019

PHAN VĂN TƯỜNG¹, PHẠM HỮU ĐOÀN²

¹Trường Đại học Y tế Công cộng, ²Bệnh viện Bình Dân

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả thực trạng sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật và một số yếu tố liên quan đến việc tuân thủ/không tuân thủ phác đồ sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật tại Bệnh viện Bình Dân.

Phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang kết hợp định tính và định lượng, thực hiện trên 373 hồ sơ bệnh án có chỉ định phẫu thuật (phẫu thuật sạch hoặc nhiễm bẩn). Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 01 năm 2019 đến tháng 6 năm 2019. Sử dụng bộ công cụ được thiết kế sẵn để đánh giá việc tuân thủ phác đồ sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật.

Kết quả: Tỷ lệ tuân thủ chỉ định sử dụng kháng sinh dự phòng là 83,1%, trong đó tỷ lệ tuân thủ sử dụng loại kháng sinh chiếm tỷ lệ cao nhất (99,2%) và tuân thủ đúng thời điểm chiếm tỷ lệ thấp nhất (78,6%). Có mối liên quan giữa

Chịu trách nhiệm: Phan Văn Tường
Email: pvt@huph.edu.vn
Ngày nhận: 17/12/2020
Ngày phản biện: 13/01/2021
Ngày duyệt bài: 25/01/2021

loại vết mổ và thời gian phẫu thuật với việc tuân thủ sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật ($p < 0,05$). Các rào cản đối với việc tuân thủ điều trị kháng sinh dự phòng bao gồm: quá tải bệnh nhân, thói quen cũ của nhân viên y tế, thích sử dụng kháng sinh phổ rộng, môi trường phẫu thuật và trang thiết bị không đầy đủ [1], [2]. Đề xuất các khuyến nghị nhằm cải thiện công tác kiểm soát nhiễm khuẩn, cập nhật phác đồ, tập huấn về kháng sinh nhằm khuyến khích và tạo điều kiện cho cán bộ y tế tuân thủ phác đồ kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật [3], [4].

Từ khóa: Sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật, yếu tố ảnh hưởng, kháng sinh.

SUMMARY

THE STUDY EVALUATED THE REALITY OF USING ANTIBIOTIC OF SURGERY AND THE FACTORS THAT INFLUENCE IN GENERAL HOSPITAL OF TRA VINH PROVINCE

The rate of using antibiotic for patient 44.78% and surgery patient is 100%, there are still exist factors that affected the use of antibiotic such as age, gender, using heal insurance. Besides, research has identified the determinants of antibiotic use: Treatment protocols, antibiotic selection decisions of patients and doctors, antibiotics supply of the Faculty of Pharmacy, updated information of drugs.

Recommendations: Develop regulations on drug use, drug combination; clarify criteria for using drugs, develop quality standards and provide evaluation indicators for drug resistance. To improve the management of drug use by physicians and clinical departments.

Keywords: Surgical antibiotic prophylaxis, factor influenc, antibiotic resistance.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, kháng thuốc đang là vấn đề nghiêm trọng của toàn thế giới, đặc biệt là các nước đang phát triển. Việt Nam đã hưởng ứng lời kêu gọi tích cực của WHO bằng cách xây dựng kế hoạch hành động quốc gia về phòng chống kháng kháng sinh và nâng cao chất lượng sử dụng thuốc. Tuy nhiên vẫn tồn tại vấn đề về lạm dụng kháng sinh [1], [2]. Để giải quyết vấn đề nhanh chóng, Bệnh viện cần phải có những quy định về sử dụng thuốc, làm rõ tiêu chí sử dụng cũng như tổ chức tập huấn nâng cao chất lượng trong việc sử dụng thuốc, ngoài ra cần thiết lập những tiêu chuẩn về chất lượng và chỉ số đánh giá trong phòng chống kháng sinh. Mục tiêu: 1). Mô tả thực trạng tuân thủ sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu

thuật tại Bệnh viện Bình Dân, Thành phố Hồ Chí Minh năm 2019. 2). Tìm hiểu một số yếu tố liên quan và ảnh hưởng đến tỷ lệ tuân thủ/không tuân thủ sử dụng KSDP trong phẫu thuật tại Bệnh viện Bình Dân, Thành phố Hồ Chí Minh năm 2019.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh có chỉ định phẫu thuật và được phân loại phẫu thuật sạch hoặc phẫu thuật sạch - nhiễm. Bác sĩ trực tiếp thực hiện chỉ định kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật cho người bệnh. Trưởng/phó các khoa lâm sàng có nhân viên thực hiện chỉ định kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật cho người bệnh. Điều dưỡng thực hiện y lệnh sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật cho người bệnh.

2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Thời gian từ tháng 01/2019 đến tháng 06/2019. Địa điểm tại Bệnh viện Bình Dân, TP.HCM.

3. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang, phối hợp định lượng và định tính.

4. Cỡ mẫu: Nghiên cứu là 385 người bệnh.

Chọn mẫu theo tỷ lệ người bệnh vào các khoa. Tỷ lệ ca bệnh phẫu thuật của từng khoa trên tổng số ca bệnh phẫu thuật các khoa (Khoa niệu A, Niệu B, Niệu C, Nội soi niệu, Niệu nữ - Niệu chức năng, Tổng quát 1, Tổng quát 2, Tổng quát 3, Tổng quát 4, Phẫu thuật tim - mạch máu).

Nghiên cứu định tính: Gồm 3 thảo luận nhóm mỗi nhóm các đối tượng (trưởng phó khoa; bác sĩ điều trị; điều dưỡng thực hiện y lệnh) và các đối tượng phỏng vấn sâu thuộc 3 nhóm (trưởng phó khoa, bác sĩ điều trị, điều dưỡng thực hiện y lệnh).

5. Phương pháp thu thập thông tin

Tra cứu những hồ sơ bệnh án có chỉ định phẫu thuật và được phân loại phẫu thuật sạch hoặc phẫu thuật sạch - nhiễm, sử dụng bộ công cụ thu thập với các tiêu chí soạn sẵn để đánh giá mức độ tuân thủ trong sử dụng KSDP trong phẫu thuật.

Phương pháp phỏng vấn theo chủ đề để tìm hiểu các yếu tố liên quan và ảnh hưởng đến tuân thủ sử dụng KSDP trong phẫu thuật.

6. Kỹ thuật xử lý thông tin/ số liệu

Số liệu sau khi thu thập được làm sạch và nhập vào máy tính bằng phần mềm Epidata 3.1. Sử dụng phần mềm Stata 13 để phân tích số liệu. Sử dụng phép kiểm χ^2 để đo lường mối liên quan giữa các biến số về tuân thủ sử dụng

KSDP với các đặc điểm yếu tố người bệnh và các đặc điểm về quá trình nằm viện.

7. Vấn đề y đức

Đề tài được tiến hành sau khi được sự thông qua của Hội đồng Khoa học Bệnh viện Bình Dân. Hồ sơ đạo đức thông qua Hội đồng Đạo đức, Trường Đại học Y tế Công cộng.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc tính mẫu nghiên cứu

Trong 373 hồ sơ bệnh án nghiên cứu tại bệnh viện, độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 50,2 tuổi, trong đó tuổi nhỏ nhất là 11 tuổi và lớn nhất là 95 tuổi. Độ tuổi >55 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (42,1%), các nhóm tuổi 35-55 tuổi (36,7%) và <35 tuổi (21,2%). Giới tính nam chiếm số đông với 61,1% và phần lớn đối tượng có chỉ số BMI ở mức bình thường (65,9%). Điểm ASA đánh giá tình trạng người bệnh trước phẫu thuật với mức điểm 2 chiếm đa số (84,7%) và không có trường hợp người bệnh có điểm ASA 4 và 5.

2. Thực trạng tuân thủ sử dụng KSDP trong phẫu thuật tại Bệnh viện Bình Dân, Thành phố Hồ Chí Minh năm 2019

Bảng 1. Kết quả về tuân thủ sử dụng KSDP và một số các đặc điểm liên quan đến quá trình phẫu thuật (n = 373)

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ %
Sử dụng kháng sinh dự phòng		
Tuân thủ	310	83,1
Không tuân thủ	63	16,9
Hình thức phẫu thuật		
Thường quy/mổ phiên	203	54,4
Trong ngày	138	37,0
Cấp cứu	32	8,6
Phương pháp phẫu thuật mổ mở	138	37,0
Nội soi niệu	125	33,5
Nội soi ổ bụng	81	21,7
Nội soi sau phúc mạc	20	5,4
Khác	9	1,4
Loại vết mổ		
Sạch	80	21,4
Sạch - nhiễm	293	78,6
Thời gian phẫu thuật (phút)	60,5 ± 50,3	
Thời gian phẫu thuật		
<120 phút	332	89,0
≥120 phút	41	11,0

Trong 373 hồ sơ bệnh án có chỉ định phẫu thuật và được phân loại phẫu thuật sạch hoặc sạch - nhiễm tại bệnh viện, tỷ lệ sử dụng KSDP là 83,1%. Phẫu thuật thường quy với 54,4%. Phẫu thuật trong ngày (37,0%); cấp cứu (8,6%).

Phẫu thuật mở được lựa chọn nhiều nhất (37,0%); tiếp đến nội soi (60,6%). Phân loại vết mổ sạch - nhiễm chiếm đa số với 78,6%. Thời gian phẫu thuật có trung bình là 60,5 phút và phần lớn các cuộc mổ được thực hiện trong khoảng thời gian <120 phút (89%).

3. Tuân thủ trong sử dụng KSDP trong phẫu thuật

Bảng 2. Các đặc điểm về sử dụng kháng sinh theo phân loại phẫu thuật

Đặc điểm	Loại PT	
	Sạch (N = 80)	Sạch - nhiễm (N = 293)
	Số trường hợp n (%)	Số trường hợp n (%)
Sử dụng kháng sinh	26(32,5%)	269 (91,8%)
Kháng sinh dự phòng	21 (26,3%)	217 (74,1%)
Kháng sinh điều trị	3 (3,7%)	36 (12,3%)
Dự phòng chuyển điều trị	2 (2,5%)	16 (5,4%)
Không sử dụng	54 (67,5%)	24 (8,2%)

Trong các trường hợp phẫu thuật sạch, 67,5% không sử dụng KSDP trong phẫu thuật và 26,3% có sử dụng kháng sinh dự phòng. Các trường hợp phẫu thuật sạch - nhiễm là 8,2% không sử dụng KSDP trong phẫu thuật và 74,1% có sử dụng kháng sinh dự phòng.

Bảng 3. Các đặc điểm về sử dụng KSDP (n=256)

	Đặc điểm	n	%
Thời điểm sử dụng so với	≤ 60 phút	238	92,9
	> 60 phút	5	2,0
Đường dùng	Sau mổ	13	5,1
	Tiêm tĩnh mạch	231	90,2
Khoảng thời gian sử dụng (n=238)	Kết hợp (tiêm TM và uống)	25	9,8
	Liều duy nhất	52	21,8
Kê đơn cho thuốc về nhà	Sau 24 giờ	135	56,7
	Sau 48 giờ	18	7,6
	Sau 72 giờ	30	12,6
	Kê đơn cho thuốc về nhà	3	1,3

Trong 256 trường hợp có sử dụng KSDP trong phẫu thuật, sử dụng kháng sinh dự phòng đúng thời điểm (trong vòng 60 phút trước khi phẫu thuật) chiếm 90,2%. 100% đường dùng là tiêm tĩnh mạch. Thời gian sử dụng kháng sinh: 78,5% tuân thủ một liều duy nhất và có thể liều 2 sau 24 giờ, các trường hợp còn lại sử dụng sau 48 giờ: 7,6%, và có 1,3% trường hợp cho thuốc bệnh nhân mang về nhà sử dụng.

4. Một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ tuân thủ sử dụng KSDP trong phẫu thuật tại Bệnh viện Bình Dân, Thành phố Hồ Chí Minh năm 2019

Bảng 4. Mối liên quan giữa tình trạng người bệnh, hình thức, phương pháp phẫu thuật với tuân thủ lựa chọn KSDP trong phẫu thuật

Đặc tính	Tuân thủ KSDP		Giá trị p	OR (KTC 95%)
	Tuân thủ (n=310)	Không tuân thủ (n=63)		
Điểm ASA				
1	20 (80,0)	5 (20,0)	0,937	1,02 (0,57-1,84)
2	265 (83,9)	51 (16,1)	0,735	1,07 (0,71-1,62)
3	25 (78,1)	7 (21,9)		1
Bệnh kèm theo			0,056	1,39 (0,96-2,02)
Có	144 (87,3)	21 (12,7)		
Không	166 (79,8)	42 (20,2)		
Hình thức phẫu thuật				
Trong ngày	117 (84,8)	21 (15,2)	0,469	1,18 (0,75-1,84)
Theo KH/Có chuẩn bị	170 (83,7)	33 (16,3)	0,492	1,17 (0,75-1,80)
Cấp cứu	23 (71,9)	9 (28,1)		1
Phương pháp phẫu thuật				
Nội soi niệu	109 (87,2)	16 (12,8)	0,122	1,24 (0,94-1,63)
Nội soi ổ bụng	76 (93,8)	5 (6,2)	0,059	1,33 (0,99-1,80)
Nội soi sau phúc mạc	19 (95,0)	1 (5,0)	0,230	1,35 (0,83-2,21)
Mổ mở	97 (70,3)	41 (29,7)		1
Khác	9 (100,0)	0	0,312	1,42 (0,72-2,82)
Loại vết mổ			<0,001	1,21 (1,13-1,30)
Sạch	77 (96,3)	3 (3,7)		
Sạch - nhiễm	233 (79,5)	60 (20,5)		

Bảng 4 cho kết quả không có mối liên quan giữa tuân thủ sử dụng KSDP và tình trạng người bệnh khi nhập viện của người bệnh (điểm ASA) và bệnh nhân có các bệnh kèm theo mặc dù tỷ lệ tuân thủ sử dụng KSDP ở nhóm bệnh nhân có các bệnh kèm theo cao hơn 1,39 lần so với nhóm không có bệnh kèm theo. Các phẫu thuật cấp cứu có tỷ lệ tuân thủ sử dụng KSDP thấp hơn phẫu thuật trong ngày và có chuẩn bị và theo KH lần lượt là 1,17 và 1,18 lần. Nhóm phẫu thuật bằng phương pháp mổ mở có tỷ lệ tuân thủ sử dụng KSDP thấp nhất (70,3%), tỷ lệ tuân thủ ở nhóm phẫu thuật bằng phương pháp nội soi cao hơn từ 1,24 - 1,35 lần so với nhóm mổ mở. Tuy nhiên, những mối liên quan này chưa có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

Nhóm loại vết mổ sạch có tỷ lệ tuân thủ sử dụng KSDP trong phẫu thuật cao gấp 1,21 lần so với nhóm vết mổ sạch - nhiễm (khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,001$ và KTC 95% 1,13-1,30).

Bảng 5. Mối liên quan giữa các yếu tố phẫu thuật với tuân thủ khoảng thời gian sử dụng KSDP trong phẫu thuật

Đặc tính	Thời gian sử dụng		Giá trị p	PR (KTC 95%)
	Tuân thủ (n=228)	Không tuân thủ (n=51)		
Hình thức phẫu thuật				
Trong ngày	84 (80,8)	20 (19,2)	0,711	1,06 (0,78-1,43)
Chương trình/theo KH	87 (76,3)	27 (23,7)		1
Cấp cứu	16 (80,0)	4 (20,0)	0,862	1,05 (0,62-1,79)
Phương pháp phẫu thuật				
Nội soi niệu	81 (78,6)	22 (21,4)	0,788	1,06 (0,71-1,57)
Nội soi ổ bụng	56 (80,0)	14 (20,0)	0,739	1,07 (0,70-1,64)
Nội soi sau phúc mạc	9 (81,8)	2 (18,2)	0,754	1,12 (0,55-2,26)
Mổ mở	35 (74,5)	12 (25,5)		1
Khác	6 (85,7)	1 (14,3)	0,750	1,15 (0,48-2,74)
Loại vết mổ			0,404	1,11 (0,84-1,47)
Sạch - nhiễm	172 (79,3)	45 (20,7)		
Sạch	15 (71,4)	6 (28,6)		
Độ dài của thời gian phẫu thuật			<0,001	1,78 (1,19-2,67)
<120 phút	174 (82,9)	36 (17,1)		
≥120 phút	13 (46,4)	15 (53,6)		

Không có mối liên quan giữa tuân thủ khoảng thời gian sử dụng KSDP và một số yếu tố thuộc quá trình nằm viện của người bệnh: hình thức phẫu thuật, phương pháp phẫu thuật và loại vết mổ. Phẫu thuật <120 phút có tỷ lệ tuân thủ khoảng thời gian sử dụng KSDP trong phẫu thuật cao gấp 1,78 lần so với nhóm người bệnh có thời gian phẫu thuật ≥120 phút (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ và KTC 95% 1,19-2,67).

5. Những rào cản trong việc tuân thủ sử dụng KSDP trong phẫu thuật

Kết quả thảo luận nhóm cán bộ quản lý và PVS bác sĩ điều trị đều đồng tình với nhận định: Tình trạng quá tải người bệnh, tình trạng nhiễm khuẩn của người bệnh có ảnh hưởng tới việc sử dụng KSDP “*Bệnh viện thường xuyên tiếp nhận những trường hợp bệnh chuyển đến từ nơi khác đến, bệnh nặng, bệnh phối hợp,... khó tránh khỏi việc các y bác sĩ gặp áp lực trong quá trình điều trị*”(PVS. BS điều trị). Bên cạnh đó, nhiều ý kiến cho rằng những thói quen cũ của nhân viên y tế, điều trị theo kinh nghiệm ảnh hưởng đến tuân thủ hướng dẫn sử dụng KSDP “*Nhiều bác sĩ vẫn theo những thói quen khi chỉ định kháng sinh, điều trị dựa trên kinh nghiệm là chủ yếu, cũng có nhiều trường hợp bác sĩ quên tuân thủ các hướng dẫn hoặc không cập nhật phác đồ hiện hành*”(PVS.LĐ Khoa). Việc khử khuẩn, vệ sinh bề mặt và môi trường phòng mổ, không tin tưởng ở tiệt khuẩn dụng cụ ảnh hưởng trực tiếp đến chỉ định KSDP của các bác sĩ “*Các phòng mổ tại bệnh viện luôn luôn hoạt động cường độ cao, việc thực hiện các quy trình như vệ sinh bề mặt phòng mổ đầu ngày, kiểm soát không khí phòng mổ, vệ sinh bề mặt máy móc - trang thiết bị giữa các trường hợp phẫu thuật hiện nay chưa được tuân thủ hoàn toàn, giám sát thường xuyên*” (PVS. BS điều trị).

Quản lý kháng sinh tại bệnh viện đối với việc tuân thủ sử dụng KSDP trong phẫu thuật

Chương trình Quản lý kháng sinh tại bệnh viện đã tạo thuận lợi cho nhân viên y tế trong thực hiện chỉ định KSDP “*Phác đồ kháng sinh của bệnh viện được xây dựng và cập nhật liên tục, trong đó trình bày rất rõ ràng và đầy đủ về liều dùng và thời gian, rất thuận lợi cho các y bác sĩ trong việc đưa ra những chỉ định phù hợp*”(PVS. BS điều trị). Bên cạnh đó, còn tồn tại việc tiếp cận các hướng dẫn KSDP của nhân viên y tế còn hạn chế và chưa có đội ngũ giám sát sử dụng kháng sinh, một số ý kiến lại cho rằng một số tiêu chuẩn trong hướng dẫn sử dụng kháng sinh không còn phù hợp với thực tế. “*Phác đồ kháng sinh tại bệnh viện đã được xây*

dựng và triển khai từ năm 2015, chưa cập nhật lại, nên có nhiều thông tin không phù hợp, ví dụ như phác đồ vẫn sử dụng Cephalosporin thế hệ 3 làm kháng sinh dự phòng” (PVS. BS điều trị). Giám sát kèm theo thực hiện thi đua, khen thưởng nhằm khuyến khích và tạo động lực cho nhân viên y tế tăng cường tuân thủ KSDP: “*Nên có biện pháp thi đua, khen thưởng dành cho những tập thể và cá nhân có tỷ lệ tuân thủ hướng dẫn sử dụng kháng sinh tốt, góp phần tạo động lực và nâng cao nhận thức của nhân viên y tế về tầm quan trọng của sự tuân thủ*” (PVS. LĐ Khoa).

BÀN LUẬN

1. Thực trạng tuân thủ sử dụng KSDP trong phẫu thuật tại Bệnh viện Bình Dân, Thành phố Hồ Chí Minh năm 2019

Bảng 1 cho thấy trong 373 hồ sơ bệnh án có chỉ định phẫu thuật tỷ lệ tuân thủ sử dụng KSDP là 83,1% tỷ lệ này cao hơn trong nghiên cứu của Trần Lan Chi tại BV Vinmec Time City (60,5%).[4]. Kết quả thảo luận nhóm và phỏng vấn sâu về tình hình tuân thủ KSDP trong phẫu thuật, một số lãnh đạo khoa thuộc khối nội và khối tổng quát đã nhận xét: kết quả thảo luận nhóm lãnh đạo các khoa có ý kiến thống nhất với “*Bệnh viện đã thực hiện rất nhiều biện pháp để tăng tỷ lệ tuân thủ sử dụng KSDP của nhân viên y tế như thực hiện bình bệnh án vào mỗi chiều thứ hai hàng tuần*”(TLN bác sĩ điều trị). Bảng 2 cho thấy hình thức phẫu thuật phổ biến nhất là phẫu thuật theo kế hoạch (mổ phiến) với 54,4%, tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Văn Mạnh tại Bệnh viện Phổ Nổi 47,0% tỷ lệ khác nhau có thể do Bệnh viện Bình Dân là bệnh viện ở Thành phố lớn, có nhiều bệnh nhân nên có thông tin tốt và điều kiện sắp xếp dễ dàng cho bệnh nhân để mổ phiến[5]. Tỷ lệ này tại nghiên cứu của Samar MJ Musmar và CS là 62,8% [6]. Phương pháp phẫu thuật nội soi được lựa chọn nhiều nhất (60,6%) tiếp đến là phẫu thuật mở (37,0%); theo thứ tự tỷ lệ này ở nghiên cứu của Trần Lan Chi tại Bệnh viện Vinmec phẫu thuật nội soi là 24,5 % và phẫu thuật mở (75,5%), sở dĩ có sự khác nhau có thể do Bệnh viện Bình Dân là BV lâu năm có chuyên khoa sâu có kinh nghiệm hơn nên kỹ thuật nội soi phát triển mạnh hơn. Trong nghiên cứu này thì loại bệnh nhân có vết mổ sạch – nhiễm chiếm đa số với 78,6%, tỷ lệ này thấp hơn ở các BV VINMEC 35,4%, BV Phổ Nổi là 32,0%, tại Bệnh viện Getachew Alemkere, Ethiopia là 32,0% [1],[4]. Thời gian phẫu thuật có trung bình trong nghiên cứu này là 60,5 phút, trong khi nghiên cứu tại Khoa Phẫu thuật Lồng ngực Bệnh

viện Bạch Mai là 92 phút, tỷ lệ khác nhau có thể do mổ lồng ngực là phẫu thuật phức tạp hơn các mổ chung nên thời gian kéo dài hơn [5]. Trong nghiên cứu này phần lớn các cuộc mổ được thực hiện trong khoảng thời gian <120 phút (89%), tỷ lệ này thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Alemkere (99,3%), có thể hệ thống bác sĩ chuyên nghiệp với phương tiện mổ khác nhau giúp cho việc mổ thời gian ngắn hơn..

Bảng 3 cho thấy trong các trường hợp phẫu thuật sạch có 32,5% sử dụng KSDP. Trên thế giới cũng có nhiều tranh luận về cách sử dụng KSDP: Theo Hướng dẫn phòng ngừa NKVM (2012), Bộ Y tế khuyến cáo nên dùng kháng sinh dự phòng, tuy nhiên theo Hướng dẫn của Hiệp hội Hệ thống Y tế - Dược sĩ Mỹ thì không dùng kháng sinh dự phòng trừ trường hợp có nguy cơ cao nhiễm khuẩn[2],[9]. Các trường hợp phẫu thuật sạch – nhiễm 74,1% có sử dụng kháng sinh dự phòng, 8,2% không sử dụng KSDP, cần có nghiên cứu phân tích sâu hơn về lý do. Bảng 4. cho biết có 92,9% trường hợp sử dụng KSDP đúng thời điểm theo các quy định chung của sử dụng kháng sinh dự phòng (Trong vòng 60 phút trước khi phẫu thuật), tỷ lệ này khác với nghiên cứu của Nguyễn Thanh Lương tại Khoa Phẫu thuật Lồng ngực Bệnh viện Bạch Mai (12,9%) và một số nghiên cứu khác [7],[8]. Đường sử dụng KSDP 100% sử dụng đường tiêm tĩnh mạch một số nghiên cứu khác ở Việt Nam cũng cho kết quả tương tự [11], [12]. Thời gian sử dụng kháng sinh: 78,5% tuân thủ một liều duy nhất và có thể liều 2 sau 24 giờ kết quả này phù hợp với hướng dẫn sử dụng kháng sinh của Bộ Y tế và cũng như kết quả nghiên cứu của của Batzeler và CS [13], [14]. Các trường hợp còn lại sử dụng sau 48 giờ: 7,6%, và có 1,3% trường hợp cho thuốc bệnh nhân mang về nhà sử dụng.

2. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ tuân thủ sử dụng KSDP trong phẫu thuật

Bảng 4 kết quả cho thấy không có mối liên quan giữa tuân thủ sử dụng KSDP với tình trạng người bệnh khi nhập viện của người bệnh (điểm ASA), và nhóm người bệnh có các bệnh kèm theo. Kết quả tại Bảng 5. chỉ ra các phẫu thuật cấp cứu có tỷ lệ tuân thủ sử dụng KSDP thấp hơn phẫu thuật trong ngày và có chuẩn bị (trong ngày) và theo kế hoạch lần lượt là 1,17 và 1,18 lần; kết quả này cũng đúng theo nghiên cứu của Gabriel KambaleBunduki và CS tại Bệnh viện Thực hành Congolese Gaaso[15]. Kết quả tại Bảng 4 cho thấy không có mối liên quan giữa tuân thủ sử dụng KSDP với phương pháp mổ nội soi và mổ mở. Có mối liên quan giữa phân loại vết mổ với tuân thủ sử dụng kháng sinh dự

phòng. Nhóm loại vết mổ sạch có tỷ lệ tuân thủ sử dụng KSDP trong phẫu thuật cao gấp 1,21 lần so với nhóm vết mổ sạch - nhiễm (khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ và KTC 95% 1,13-1,30). Bảng 5 cho thấy không có mối liên quan giữa tuân thủ khoảng thời gian sử dụng KSDP và một số yếu tố thuộc quá trình nằm viện của người bệnh: hình thức phẫu thuật, phương pháp phẫu thuật và loại vết mổ. Nhóm người bệnh có thời gian phẫu thuật <120 phút có tỷ lệ tuân thủ khoảng thời gian sử dụng KSDP trong phẫu thuật cao gấp 1,78 lần so với nhóm người bệnh có thời gian phẫu thuật ≥ 120 phút (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ và KTC 95% 1,19-2,67). Tuy nhiên trong nghiên cứu của Nguyễn Thanh Lương thì lại không có sự khác biệt, ở đây có thể giải thích mẫu nghiên cứu tại Bệnh viện Bạch Mai nhỏ khi phân tích chưa tìm ra sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

3. Những rào cản trong việc tuân thủ sử dụng KSDP trong phẫu thuật

Các yếu tố nhân lực thiếu do bệnh viện quá tải bệnh nhân đặc biệt ở khoa cấp cứu “*Vì trên những trường hợp mổ kéo dài, đặc biệt là mổ cấp cứu hoặc trường hợp bệnh nặng, có nhiều bệnh kèm theo và sức đề kháng của người bệnh yếu; các bác sĩ thường chỉ định liều kháng sinh lặp lại dài ngày để đảm bảo hạn chế nguy cơ nhiễm khuẩn xảy ra*” (PVS bác sĩ khoa ngoại) [4],[18]. Thói quen cho thuốc của bác sĩ cũng là yếu tố cần lưu ý “*Phác đồ sử dụng KSDP của bệnh viện mới triển khai được vài năm, thói quen sử dụng kháng sinh thì đã hình thành từ lâu nên cần một khoảng thời gian để các bác sĩ áp dụng và tuân thủ triệt để*”(PVS LĐ Khoa). Hướng dẫn về sử dụng KSDP chưa đầy đủ, chưa cập nhật phác đồ điều trị, kết quả thảo luận nhóm đồng tình với ý kiến: “*Trong đợt sa tạng chậu nữ, khuyến cáo cũ là sử dụng kháng sinh trong 3 ngày, tuy nhiên theo các y văn hiện nay, các bác sĩ nhận thấy kháng sinh dài ngày là không cần thiết và tỷ lệ nhiễm khuẩn không khác biệt khi giảm thời gian sử dụng kháng sinh*”(PVS BS điều trị). Theo dõi giám sát chưa tốt và chưa có giải pháp khen thưởng tốt là các yếu tố ảnh hưởng liên quan đến thi đua khen thưởng nhiều ý kiến thảo luận nhóm và phỏng vấn sâu đồng tình với ý kiến “*Nên có biện pháp thi đua, khen thưởng dành cho những tập thể và cá nhân có tỷ lệ tuân thủ hướng dẫn sử dụng kháng sinh tốt, góp phần tạo động lực và nâng cao nhận thức của nhân viên y tế về tầm quan trọng của sự tuân thủ*” (PVS. LĐ Khoa).

KẾT LUẬN

1. Thực trạng tuân thủ sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật tại Bệnh viện Bình Dân

Tỷ lệ chỉ định đúng trường hợp sử dụng kháng sinh dự phòng là 83,1%. 63,8% người bệnh được chỉ định sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật, 26,3% phẫu thuật sạch sử dụng kháng sinh dự phòng, 74,1% phẫu thuật sạch - nhiễm sử dụng kháng sinh dự phòng.

Thời điểm sử dụng kháng sinh dự phòng 90,2% sử dụng và tất cả sử dụng đường tiêm tĩnh mạch. 78,5% tuân thủ một liều duy nhất và có thể liều 2 sau 24 giờ.

Không có mối liên quan giữa tuân thủ sử dụng kháng sinh dự phòng và tình trạng người bệnh khi nhập viện của người bệnh: Điểm ASA, bệnh kèm theo, hình thức phẫu thuật, phương pháp phẫu thuật, loại vết mổ.

Có mối liên quan giữa phân loại vết mổ, độ dài của cuộc mổ với tuân thủ sử dụng KSDP, loại vết mổ sạch có Tỷ Lệ THSDKSDP cao gấp 1,21 lần so với nhóm vết mổ sạch – nhiễm. Có mối liên quan giữa thời gian phẫu thuật <120 phút có tỷ lệ tuân thủ khoảng thời gian sử dụng KSDP trong phẫu thuật cao gấp 1,78 lần so với nhóm người bệnh có thời gian phẫu thuật ≥120 phút.

2. Một số yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ tuân thủ/không tuân thủ sử dụng KSDP trong phẫu thuật tại Bệnh viện Bình Dân

Các yếu tố: Nhân lực thiếu vì áp lực (quá tải bệnh nhân), thói quen cho thuốc của bác sĩ, hướng dẫn về sử dụng kháng sinh dự phòng chưa đầy đủ, chưa cập nhật phác đồ điều trị, theo dõi giám sát chưa tốt và chưa có giải pháp khen thưởng tốt là các yếu tố ảnh hưởng.

KHUYẾN NGHỊ

Cần tăng cường sử dụng KSDP cho lại phẫu thuật sạch – nhiễm.

Trong sử dụng KSDP cần lưu ý các nội dung tuân thủ thời gian sử dụng kháng sinh, chú ý tăng cường sự tuân thủ sử dụng KSDP đối với loại phẫu thuật sạch – nhiễm, loại có thời gian phẫu thuật ≥120 phút.

Cần tăng cường quản lý theo dõi, giám sát và có cơ chế khen thưởng, cập nhật phác đồ và hướng dẫn cho các bác sĩ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **APSIC SSI** (2020). Prevention guideline June 2018_VN_Final.pdf 2020 Aug 12.

2. **Bratzler DW, Dellinger EP, Olsen KM, Perl TM, Auwaerter PG, Bolon MK, et al.** Clinical practice guidelines for antimicrobial prophylaxis in surgery. Surg Infect (Larchmt). 2013 Feb;14(1):73–156.

3. **Nguyễn Văn Mạnh.** Phân tích sử dụng kháng sinh trên bệnh nhân phẫu thuật tại Bệnh viện Đa khoa Phố Nối, Luận văn Chuyên khoa cấp I, Trường Đại học Dược Hà Nội, 2018.

4. **Trần Thị Lan Chi và CS.** Đánh giá tuân thủ phác đồ điều trị kháng sinh dự phòng phẫu thuật tại Bệnh viện Vinmec Time City. Hội nghị Khoa học Dược Bệnh viện Hà Nội mở rộng lần thứ VI, Hà Nội 2018.

5. **Nguyễn Văn Mạnh.** Phân tích sử dụng kháng sinh trên bệnh nhân phẫu thuật tại Bệnh viện Đa khoa Phố Nối, Luận văn chuyên khoa cấp I, Trường Đại học Dược Hà Nội, 2018

6. **Musmar SMJ, Ba'ba H, Owais A.** Adherence to guidelines of antibiotic prophylactic use in surgery: a prospective cohort study in North West Bank, Palestine. BMC Surg. 2014 Sep 9;14:69.

7. **Alemkere G.** Antibiotic usage in surgical prophylaxis: A prospective observational study in the surgical ward of Nekemte referral hospital. PLoS One [Internet]. 2018 Sep 13 [cited 2020 Aug 12];13(9). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6136737/>

8. **Lương NT.** Triển khai thí điểm chương trình kháng sinh dự phòng tại Khoa Phẫu thuật Lồng ngực, Bệnh viện Bạch Mai. Khóa luận Tốt nghiệp Dược sĩ. Trường Đại học Dược Hà Nội, 2019

9. Bộ Y tế (2013). Hướng-dẫn-phòng-ngừa-nhiễm-khuẩn-vết-mổ.

10. **Thuật TP.** Chương trình quản lý sử dụng kháng sinh. 54.

11. Sử dụng kháng sinh trong ngoại khoa [Internet]. [cited 2020 Aug 12]. Available from: <http://bvtkontum.com.vn/a342/su-dung-khang-sinh-trong-ngoai-khoa.html>

12. **Hoàng NPC.** Kháng sinh dự phòng nhiễm khuẩn phẫu thuật: Góc nhìn của chương trình quản lý sử dụng kháng sinh:43.

13. Quyết định 772/QĐ-BYT. Hướng dẫn quản lý sử dụng kháng sinh bệnh viện 2016 [Internet]. [cited 2020 Jun 14]. Available from: <https://thuvienphapluat.vn/van-ban/the-thao-y-te/Quyết-dinh-772-QĐ-BYT-Huong-dan-quan-ly-su-dung-khang-sinh-benh-vien-2016-304975.aspx>

14. Clinical Practice Guidelines for Antimicrobial Prophylaxis in Surgery:86.

15. **Friedman ND, Styles K, Gray AM, Low J, Athan E.** Compliance with surgical antibiotic prophylaxis at an Australian teaching hospital. Am J Infect Control. 2013 Jan;41(1):71–4.