

những người đi rừng, làm rẫy (95,8%), tập trung chính ở người dân tộc Ja rai (85,4%), sống trong các Buôn (74,4%).

Có sự thay đổi theo thời gian trong những người mắc SR về cơ cấu KST SR, thời gian đi khám sau khi bị sốt của người dân, người mắc SR có tiền sử mắc trước đó giảm đi và nghề đi rừng có tỷ lệ mắc SR cao lên.

KIẾN NGHỊ

Để nâng cao hiệu quả phòng chống bệnh SR tại xã Chư R'căm trong thời gian tới, cần đồng bộ triển khai các hoạt động phòng chống sau đây:

1. Đối với người dân

- Cần chủ động nâng cao hiểu biết và ý thức về phòng chống bệnh SR.

- Những người đi rừng, làm rẫy, làm xa,... cần áp dụng mọi biện pháp phòng chống muỗi đốt, đặc biệt là cần ngủ màn. Do vậy, cần chuẩn bị đầy đủ các vật dụng cần thiết như màn, lều, vóng... cho việc ngủ lại tại nơi làm việc là cần được chú trọng.

- Có dấu hiệu sốt, nhất là sau khi đi rừng, đi rẫy,... về cần đến ngay các cơ sở y tế để được tư vấn, khám và điều trị kịp thời.

2. Đối với hệ thống y tế và chính quyền địa phương

- Duy trì hiệu quả công tác phòng chống SR hiện có tại địa phương, tăng cường các biện pháp phòng chống vector tập trung vào giai đoạn xuất hiện đỉnh bệnh trong năm cụ thể tăng cường can thiệp phòng chống vào tháng 7

tháng 8 đón đầu mùa lan truyền tháng 9 đến tháng 11.

- Nâng cao hiệu quả truyền thông giáo dục sức khỏe, chú trọng trao đổi trực tiếp với người bệnh, lựa chọn bài viết phù hợp cho từng nhóm đối tượng như nhóm người Kinh có hình thức truyền thông khác, nhóm người Jarai có hình thức và bài viết khác phù hợp với văn hóa của họ.

- Nắm bắt địa bàn, tiếp cận hướng dẫn và hỗ trợ kịp thời các đối tượng đi làm xa, đi rừng, làm rẫy, ngủ lại tại nơi làm việc,... các phương án, dụng cụ phòng chống bệnh SR.

- Chuẩn bị phương án phòng chống và điều trị với 02 nhóm KST P.falciparum và P.vivax, trong đó tập trung vào nhóm KST P.falciparum.

- Chủ động làm xét nghiệm SR cho các đối tượng có yếu tố nguy cơ cao như nam giới, người Ja rai, sống ở các Buôn, đi rừng, làm rẫy, đi xa về,... ngay cả khi chưa có các biểu hiện của SR, để phát hiện và điều trị kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Báo cáo tổng kết công tác PCSR Quốc gia năm 2017.

2. Báo cáo sốt rét tháng, quý, năm trạm y tế xã.

3. Báo cáo điều tra trường hợp bệnh năm 2018 tỉnh Gia Lai.

4. Báo cáo hàng tháng trung tâm y tế tỉnh

5. Tổng hợp số liệu 10 năm toàn quốc Khoa dịch tễ sốt rét.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SẴN PHỤ NHIỄM KHUẨN SAU LẤY THAI TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẴN TRUNG ƯƠNG

LÊ THU HUYỀN¹, TRẦN TÚ ANH¹, NGÔ HỒNG VÂN¹,
NGÔ THỊ MINH HÀ¹, NGUYỄN THỊ MINH¹,
ĐỖ THỊ PHƯƠNG ANH¹, HOÀNG THỊ THANH^{1,2}

¹Bệnh viện Phụ sản Trung ương

²Trường Đại học Thăng Long

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh nhân nhiễm khuẩn sau mổ lấy thai.

Chịu trách nhiệm: Lê Thu Huyền

Email: huyenle14062013@gmail.com

Ngày nhận: 23/9/2021

Ngày phản biện: 22/10/2021

Ngày duyệt bài: 18/11/2021

Đối tượng phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang từ tháng 2 - 6/2019 trên 142 bệnh nhân NKSMILT.

Kết quả: Sau khi nghiên cứu, chúng tôi phát hiện triệu chứng lâm sàng chủ yếu của bệnh nhân là sốt cao (73,1%). Tỷ lệ sản phụ có bệnh kèm theo chiếm 6,3%. 26,1% sản phụ thừa cân, béo phì và 4,2% sản phụ gầy còm. 57,7% sản phụ nhiễm khuẩn vết mổ nông. Ngoài điều trị nội

khoa (kháng sinh, truyền dịch...), 29,0% sản phụ cần can thiệp buồng tử cung. Kết quả điều trị 100% sản phụ khỏi bệnh và được ra viện. Phần lớn sản phụ nằm viện từ 7 đến 14 ngày, chiếm 73,9%. Thời gian nằm viện trung bình là 7,7±5,2 ngày.

Kết luận: Trong thực hành chăm sóc hàng ngày, điều dưỡng cần chú ý hơn với những sản phụ có nguy cơ phải mổ đẻ và nguy cơ nhiễm khuẩn sau mổ. Tăng cường công tác giáo dục sức khỏe, theo dõi quản lý thai nghén cho phụ nữ có thai để giảm tỷ lệ mổ lấy thai và giảm tỷ lệ nhiễm khuẩn sau mổ lấy thai.

Từ khóa: Sản phụ, nhiễm khuẩn sau lấy thai.

SUMMARY

Objective: To describe clinical characteristics and treatment results of patients with infection after cesarean section.

Subjects and methods: A cross-sectional study from February to June 2019 on 142 endocarditis patients.

Results: After the study, we found that the main clinical symptom of the patient was high fever (73.1%). The rate of pregnant women with comorbidities accounted for 6.3%. 26.1% of overweight and obese women. 57.7% of pregnant women infected with superficial incision. In addition to medical treatment (antibiotics, intravenous fluids...), 29.0% of pregnant women need uterine intervention. **Treatment results:** 100% of pregnant women are cured. The mean length of hospital stay was 7.7 ± 5.2 days

Conclusion: In daily care practice, nurses need to pay more attention to women who are at risk of having to have a cesarean section and at risk of infection after surgery. Strengthen health education, pregnancy monitoring and management for pregnant women to reduce the rate of cesarean section and the rate of infection after cesarean section.

Keywords: Pregnant women, endocarditis patients.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn sau mổ lấy thai (NKSMLT) thuộc nhiễm khuẩn (NK) hậu sản, nó được biểu hiện ở nhiều mức độ khác nhau từ nông đến sâu bao gồm NK vết mổ, NK tử cung và NK ổ bụng ở các khoang cơ thể. Nhiễm khuẩn sau mổ có thể do nguyên nhân từ mẹ hoặc từ phía con. Tỷ lệ mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 1993 là 23,45%, đến năm 1998 đã tăng lên 34,9%, năm 2000 là 35,1% và 39,1% trong năm 2005 và sau mổ có tỷ lệ nhỏ

bệnh nhân quay lại điều trị vì tình trạng nhiễm khuẩn, đặc biệt những bệnh nhân (BN) có tiền sử thai sản không bình thường hoặc có bệnh kèm theo [1]. Mổ lấy thai tuy là một cuộc mổ sạch nhưng vẫn có một tỷ lệ bị nhiễm khuẩn sau mổ, theo tác giả Bagratee và Moodley, tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ (NKVM) chiếm 13,3% trong các nhiễm khuẩn sau mổ đẻ. Tỷ lệ NKVM sau mổ lấy thai tại Viện Bảo vệ Bà mẹ và Trẻ sơ sinh năm 1999 là 16,2% theo tác giả Trần Đình Tú. Và theo nghiên cứu của tác giả Chủ Quang Độ thì tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ sau mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2001 là 18,08% [2].

Nhiều yếu tố liên quan đến nhiễm khuẩn vết mổ sau mổ lấy thai bao gồm béo phì, có tầng độ dày lớp mỡ dưới da, tăng huyết áp, tiền sản giật, đái tháo đường, các bệnh lý toàn thân trước phẫu thuật, nhiễm trùng trước phẫu thuật ở bộ phận khác, thời gian mổ kéo dài, không có kháng sinh dự phòng trước phẫu thuật, mất máu trong quá trình phẫu thuật hay sự phát triển của khối máu tụ dưới da.

Bệnh viện Phụ sản Trung ương tiếp nhận bệnh nhân nhiễm khuẩn sau mổ lấy thai, có thể mổ tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương nhưng cũng có nhiều BN chuyển từ tuyến dưới. Những nghiên cứu về thực trạng nhiễm khuẩn sau mổ lấy thai đã được một số tác giả tiến hành nhưng chưa đề cập tới các đặc điểm cận lâm sàng, lâm sàng của tình trạng này. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài với mục tiêu cụ thể mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh nhân nhiễm khuẩn sau mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2018.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Sản phụ được mổ lấy thai và có chẩn đoán là nhiễm khuẩn sau mổ lấy thai (NKSMLT) tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân (NKSMLT) được lựa chọn vào nghiên cứu phải có đủ các triệu chứng sau đây:

- Vết mổ thành bụng có sưng, nóng, đỏ đau.
- Tử cung co chậm, sản dịch bẩn lẫn máu, nhầy và mủ.
- Sốt khi thân nhiệt > 37°C.
- Đau bụng.
- Công thức máu: Xét nghiệm bạch cầu tăng.
- Sinh hoá máu: Xét nghiệm CRP tăng.

1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân NKVMLT không mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

Các trường hợp sốt do các nguyên nhân không thuộc sản khoa như cúm, thương hàn, lao phổi, rối loạn tiêu hóa, viêm ruột thừa, viêm gan...

Các trường hợp sốt và nhiễm khuẩn sau mổ lấy thai do nhiễm khuẩn tiết niệu, tắc tia sữa.

1.3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Nghiên cứu được tiến hành tại Khoa sản nhiễm khuẩn, Bệnh viện Phụ sản Trung ương.
- Thời gian nghiên cứu từ tháng 2-6/2019
- Bệnh án của đối tượng NC được lấy trong năm 2018.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu

phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

Chọn mẫu nghiên cứu thuận tiện, lấy tất cả bệnh nhân vào bệnh viện với chẩn đoán nhiễm khuẩn sau mổ lấy thai năm 2018 và sản phụ được mổ lấy thai không bị NKSM LT vào viện cùng thời điểm, tương đồng các dấu hiệu. Thực tế, 142 bệnh nhân NKSM LT được đưa vào trong nghiên cứu

3. Biện số nghiên cứu.

Tiêu chuẩn chẩn đoán NKSM LT: Theo tiêu chuẩn trong phác đồ chẩn đoán và điều trị của bệnh viện, gồm sản phụ có sốt, có triệu chứng nhiễm khuẩn tại vết mổ, thay đổi công thức máu (số lượng bạch cầu tăng, tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính tăng); tốc độ máu lắng tăng; CPR (+). Khi chẩn đoán có NKSM, bệnh nhân được chuyển sang khoa sản bệnh để điều trị tiếp. Các tình trạng NKSM LT bao gồm nhiễm khuẩn vết mổ nông, viêm nội mạc tử cung, viêm tử cung toàn bộ, viêm tử cung và phần phụ, viêm phúc mạc chậu, viêm phúc mạc toàn bộ, nhiễm khuẩn huyết.

Đặc điểm bệnh nhân NKSM LT

- Đặc điểm chung của sản phụ: Tuổi, bệnh kèm theo, khu vực sinh sống, tình trạng dinh dưỡng.

- Triệu chứng lâm sàng: Sốt, vết mổ sưng đau nóng đỏ, tử cung co chậm, đau bụng, sản dịch nhiều và hôi, vết mổ hở da, vết mổ chảy mủ và ra huyết.

- Triệu chứng cận lâm sàng: CRP, số lượng bạch cầu.

- Phương pháp và kết quả điều trị: Số ngày nằm viện, tỷ lệ khỏi ra viện, các phương pháp điều trị (kháng sinh, tăng co, truyền dịch, truyền máu, hạ sốt), can thiệp sản khoa.

4. Phương pháp thu thập và xử lý số liệu

Thông tin được hồi cứu từ hồ sơ bệnh án lưu trữ của bệnh viện và sao ghi lại vào bệnh án

nghiên cứu. Sử dụng phiếu thu thập thông tin. Phiếu thu thập thông tin xây dựng dựa trên mục tiêu nghiên cứu, biến số nghiên cứu. Các thông tin chính thu thập bao gồm đặc điểm của đối tượng nghiên cứu, tiền sử sản khoa liên quan đến nhiễm khuẩn sau mổ lấy thai trong đó có các yếu tố nguy cơ trước và trong mổ.

Số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê trong y sinh học SPSS 20.0. Sử dụng các thuật toán thống kê để tính các giá trị trung bình, tỷ lệ phần trăm, sử dụng các test thống kê để kiểm định, so sánh và tìm mối tương quan (t-test, Chi-square, Pearson). Kết quả được cho là có ý nghĩa thống kê nếu $p < 0,05$.

5. Đạo đức trong nghiên cứu

Đề tài được triển khai khi đã được Hội đồng khoa học và đạo đức của Trường Đại học Thăng long thông qua và Ban giám đốc Bệnh viện Phụ sản Trung ương đồng ý. Kết quả nghiên cứu góp phần cung cấp bằng chứng khoa học từ đó tìm giải pháp, đặc biệt là giải pháp chăm sóc điều dưỡng sản phụ có nguy cơ phải sinh mổ để hạn chế tình trạng NKSM lấy thai tại bệnh viện, giúp NB có sức khỏe tốt sau mổ, giúp giảm chi phí điều trị.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Thực trạng bệnh nhân nhiễm khuẩn sau mổ lấy thai được phân tích từ hồi cứu bệnh án của 142 bệnh nhân NKSM LT tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, kết quả được cụ thể như sau kết quả trong bảng 1 cho thấy độ tuổi trung bình của sản phụ là $28,75 \pm 4,2$ tuổi, trong đó độ tuổi sinh đẻ (từ 18 - 35 tuổi) chiếm 94,3%.

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân NKSM LT (n = 142)

b		Số BN	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	<18 tuổi	0	0,0
	18 – 24 tuổi	22	15,3
	25 – 29 tuổi	54	37,9
	30 – 35 tuổi	58	41,1
	≥35 tuổi	8	5,7
Tuổi trung bình		$28,75 \pm 4,2$	
Khu vực sinh sống	Thành thị	126	88,7
	Nông thôn	16	11,3
Bệnh kèm theo	Tiền sản giật	5	3,5
	Tiểu đường	3	2,1
	Basedow	1	0,7
Tình trạng dinh dưỡng	Bình thường	99	69,7
	Gầy	6	4,2
	Thừa cân, béo phì	37	26,1

Tình trạng dinh dưỡng của BN NKSMLT phần lớn là bình thường, chiếm tỷ lệ 69,7%. Có 26,1% BN thừa cân, béo phì. Trong số, 142 bệnh nhân nhiễm khuẩn sau mổ lấy thai, chỉ có 5 trường hợp trước mổ bị tiền sản giật chiếm tỷ lệ 3,5%.

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng sản phụ NKSMLT (n = 142)

Triệu chứng	Số BN	Tỷ lệ %
Sốt	104	73,1
Đau bụng	22	15,4
Vết mổ sưng đau, nóng đỏ đau	55	38,5
Vết mổ hở da	11	7,7
Sản dịch nhiều và hôi	22	15,4
Tử cung co chậm	44	30,7
Vết mổ chảy mủ	0	0,0
Ra huyết	0	0,0

73,1% BN có triệu chứng sốt; 38,5% BN có vết mổ sưng đau nóng đỏ; 30,7% BN tử cung co chậm; 15,4% BN đau bụng; 15,4% BN có sản dịch nhiều và hôi; 7,7% BN có vết mổ hở da. Không có trường hợp nào vết mổ chảy mủ và ra huyết.

Chẩn đoán lâm sàng NKSMLT (n = 142): Hầu hết BN có tổn thương là nhiễm khuẩn vết mổ nông (chiếm 57,7%) và 34,7% BN viêm nội mạc tử cung; 3,8% BN viêm tử cung toàn bộ; và 3,8% BN nhiễm khuẩn huyết (biểu đồ 1)

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân NKSMLT (n = 142)

Đặc điểm	Mô chủ động		Mô cấp cứu		Tổng	
	Số BN	%	Số BN	%	Số BN	%
Số lượng BC(G/I)						
Bình thường	17	20,0	8	14,0	25	17,6
Tăng						
11 – <15	29	34,1	16	28,1	45	31,7
15 – 20	30	35,3	27	47,4	57	40,1
≥ 20	9	10,6	6	10,5	15	10,6
Tổng	85	100,0	57	100,0	142	100
Nồng độ CRP						
6-48	25	29,4	13	22,8	38	26,8
49-96	59	69,4	40	70,2	99	69,7
97-192	0	0,0	4	7,0	4	2,8
≥ 192	1	1,2	0	0,0	1	0,7
Tổng	85	100	57	100	142	100
$\bar{X} \pm SD$	56,18±26,23		58,85±20,01		57,26±26,86	
	p>0,05					

Nồng độ CRP trung bình của nhóm nghiên cứu là 57,26±26,86mg/l. Sự khác biệt về nồng độ CRP giữa 2 nhóm mô chủ động và mô cấp cứu không có ý nghĩa thống kê (p >0,05).

Bảng 4. Phương pháp và kết quả điều trị sản phụ NKSMLT(n = 142)

Phương pháp và kết quả điều trị, chăm sóc		Số BN	Tỷ lệ %
Nội khoa	Kháng sinh	142	100,0
	Tăng co	132	93,0
	Truyền dịch	95	66,9
	Truyền máu	0	0,0
	Hạ sốt	95	66,9
Sân khoa	Can thiệp buồng tử cung (nong CTC, Hút nạo lại BTC)	41	29,0
	Kết quả	Khỏi ra viện	142
Thời gian nằm viện	Dưới 7 ngày	35	24,6
	7-14 ngày	105	73,9
	≥15 ngày	2	1,5
	Trung bình (ngày):	7,7±5,2	

Có 100% sản phụ được điều trị bằng kháng sinh, 93,0% được sử dụng thuốc tăng co tử cung, 66,9% sản phụ được truyền dịch và dùng thuốc hạ sốt trong điều trị. Số sản phụ phải can thiệp sản khoa (nong cổ tử cung và hút hoặc nạo lại buồng tử cung) chiếm 29%. Không trường hợp nào phải truyền máu và can thiệp sản khoa. Kết quả điều trị, chăm sóc: 100% sản phụ khỏi bệnh và được ra viện. Thời gian điều trị, phần lớn sản phụ nằm viện từ 7 đến 14 ngày, chiếm 73,9%. Thời gian nằm viện trung bình là 7,7±5,2 ngày.

BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi trên nhóm 142 sản phụ nhiễm khuẩn sau mổ lấy thai cho thấy, độ tuổi trung bình của sản phụ là 28,75 ± 4,2 tuổi. Trong đó độ tuổi hay gặp nhất là lứa tuổi sinh đẻ từ 25 -35 tuổi, sản phụ trẻ tuổi nhất là 20 tuổi và lớn tuổi nhất là 43 tuổi. Kết quả trên cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thùy Nhung năm 2013 [3]. Lý giải cho điều này có thể do độ tuổi từ 25 - 35 tuổi là độ tuổi có tỷ lệ sinh đẻ cao nhất, số lần đẻ và tỷ lệ mắc viêm nhiễm phụ khoa cũng cao hơn các nhóm tuổi khác. Vì vậy điều này hoàn toàn hợp lý khi số lượng bệnh nhân viêm niêm mạc tử cung ở nhóm này là cao nhất.

Trong nghiên cứu của chúng tôi thì các đối tượng nghiên cứu sống tại thành thị là 88,7%, và ở nông thôn là 11,3%. Trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thùy Nhung thì các đối tượng nghiên cứu thuộc nhóm bệnh sống tại thành thị là 65,0%, và ở nông thôn là 35,0% [3]. Lý giải cho điều này có thể là phần lớn đối tượng nghiên cứu sống tại thành thị vì nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội, đa số các sản phụ sống ở Hà Nội hoặc khu vực

ngoại ô Hà Nội mới có điều kiện thuận lợi để đến đẻ, mổ đẻ và điều trị tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội.

Trong một nghiên cứu ở 355 bệnh viện lớn tại Mỹ năm 2013, tỷ lệ nhiễm khuẩn hậu sản chiếm 4,1% những phụ nữ sau đẻ. Theo thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới WHO, tỷ lệ tử vong do nhiễm khuẩn hậu sản chiếm khoảng 11% trong số 289.000 ca tử vong mẹ năm 2014. Ở Việt Nam, tỷ lệ nhiễm khuẩn hậu sản tại TP Hồ Chí Minh năm 2005 là 1,7%. Theo nghiên cứu của Trung tâm BVBMTE & KHHGD Thái Bình năm 2002 thì tỷ lệ tử vong ở phụ nữ do nhiễm khuẩn hậu sản là 11,3% [4]. Trong nghiên cứu này, chúng tôi đã báo cáo triệu chứng lâm sàng của các sản phụ nhiễm khuẩn sau mổ lấy thai. Chúng tôi nhận thấy triệu chứng phổ biến nhất của sản phụ nhiễm khuẩn sau mổ lấy thai là sốt (73,1%). Các triệu chứng khác bao gồm 38,5% sản phụ có vết mổ sưng đau nóng đỏ, có 30,7% sản phụ có tử cung co chậm, có 15,4% sản phụ đau bụng, có 15,4% sản phụ có sản dịch nhiều và hôi. Ngoài ra, có 7,7% sản phụ có vết mổ hở da. Nghiên cứu chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào vết mổ chảy mủ và ra huyết. Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với báo cáo của tác giả tại Vũ Duy Minh tại Bệnh viện Từ Dũ. Tác giả Vũ Duy Minh [5] đã chỉ ra trên nhóm sản phụ nhiễm khuẩn sau mổ lấy thai, các triệu chứng ghi nhận vào tình trạng nhiễm khuẩn vết mổ bao gồm sốt, cảm quan vết mổ, tình trạng thu hồi của tử cung, sản dịch, phản ứng vùng bụng, tổng trạng [5]. Khi ghi nhận các dấu hiệu này trên người có biểu hiện triệu chứng, thì nghiên cứu đã cho thấy, sốt là triệu chứng dễ nhận biết nhất nhưng giá trị chẩn đoán nhiễm khuẩn cũng thấp nhất (30%), phản ứng vùng bụng và vết mổ hở da, mùi sản dịch cũng là triệu chứng quan trọng gợi ý đến nhiễm khuẩn vết mổ chiếm từ 57% đến 66,7%. Hai triệu chứng trên lâm sàng quan trọng nhất đánh giá có nhiễm khuẩn là độ thu hồi của tử cung và tình trạng vết mổ (trên 80%) [5]. Tác giả Phan Thị Thu Anh giải thích về cơ chế sốt trong nhiễm khuẩn do tác động của cytokine từ bạch cầu (chủ yếu là đại thực bào) sinh ra (hàng đầu là IL-1, IL-6, TNF- α) và thông qua prostaglandin E2, tác động lên thụ thể ở trung tâm điều nhiệt gây ra sốt [6]. Kết quả cho thấy số bệnh nhân có nhiệt độ 38,5-39 độ C chiếm tỷ lệ cao nhất 46,8% số bệnh nhân có nhiệt độ ở mức 38-38,5 độ C là 33%. Như vậy, có đến 79,8% bệnh nhân có nhiệt độ < 39 độ C. Có 20,2 % số bệnh nhân

có nhiệt độ > 39 độ C, kết quả này cũng tương tự kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thùy Nhung năm 2013 [3]. Trong đó, mổ cấp cứu có 18 trường hợp chiếm tới 36%, còn mổ chủ động chỉ có 7 trường hợp chiếm tỷ lệ 9,5%. Sự khác biệt về nhiệt độ giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Như vậy, triệu chứng sốt trong viêm niêm mạc tử cung thường là không sốt cao, nhiệt độ thường dao động trong khoảng 38-39 độ C do mức độ nhiễm khuẩn chưa nặng nề. Do đó cần chẩn đoán phân biệt với sốt xuất huyết và nhiễm khuẩn tiết niệu.

Chẩn đoán các hình thái nhiễm khuẩn sau mổ lấy thai là cần thiết cho quá trình điều trị và chăm sóc. Trong nghiên cứu này, có hơn một nửa sản phụ nhiễm khuẩn vết mổ nông (57,7%), đây là hình thái phổ biến nhất ở sản phụ nhiễm khuẩn sau mổ lấy thai. Cũng như các nghiên cứu khác, trong nghiên cứu này, nhiễm khuẩn vết mổ nông bao gồm nhiễm khuẩn ở tầng sinh môn, âm hộ, âm đạo, cổ tử cung. Cụ thể, sản phụ có sản dịch không hôi, vết rách hay chỗ khâu viêm tấy, sốt nhẹ 38 - 38,5 độ C, và tử cung thu hồi bình thường. Ngoài hình thái trên, chúng tôi ghi nhận có 34,7% sản phụ viêm niêm mạc tử cung, có 3,8% sản phụ viêm tử cung toàn bộ, và 3,8% sản phụ nhiễm khuẩn huyết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đức Hình, Hồ Sỹ Hùng, Đào Thị Hoa (1998). *Tình hình mổ lấy thai tại BVPSTW năm 1998. Công trình nghiên cứu khoa học tại Hà Nội.*
2. *Chữ Quanh Độ, Góp phần nghiên cứu các hình thái lâm sàng và những yếu tố liên quan gây nhiễm khuẩn sau mổ đẻ tại Viện BVBMTESS (từ tháng 1-2001 đến tháng 6-2002). 2002, Trường Đại học Y Hà Nội.*
3. Nguyễn Thùy Nhung, *Nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ và kết quả điều trị viêm niêm mạc tử cung sau đẻ tại Bệnh Viện Phụ Sản Trung Ương. 2013, Trường Đại Học Y Hà Nội.*
4. Trung tâm BVBMTE & KHHGD Thái Bình (2002). *Nhận xét tình hình tử vong mẹ giai đoạn 1991-2000 tại Thái Bình. Nội san Sản Phụ khoa, Hội Sản phụ khoa Việt Nam, 12-16.*
5. Vũ Duy Minh, Nguyễn Hoàng Long, *Tỷ lệ nhiễm khuẩn sau mổ lấy thai và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện Từ Dũ. 2009: Bệnh viện Từ Dũ.*
6. Phan Thị Thu Anh (2004). *Sinh lý bệnh điều hòa thân nhiệt - sốt: Sinh lý bệnh học, Nhà xuất bản Y học.*