

- Jeria, and P. Gusain**, "A study of endothelial cell count pre- and post-neodymium-doped yttrium aluminum garnet laser iridotomy in subacute angle closure using specular microscope," (in eng), Taiwan J Ophthalmol, vol. 9, no. 2, pp. 104-110, Apr-Jun 2019, doi: 10.4103/tjo.tjo_38_18.
5. **S. C. Wu, S. Jeng, S. C. Huang, and S. M. Lin**, "Corneal endothelial damage after neodymium:YAG laser iridotomy," (in eng), Ophthalmic Surg Lasers, vol. 31, no. 5, pp. 411-6, Sep-Oct 2000. [Online]. Available: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11011710/>.
6. **R. S. Kumar et al.**, "Effect of prophylactic laser iridotomy on corneal endothelial cell density over 3 years in primary angle closure suspects," (in eng), Br J Ophthalmol, vol. 97, no. 3, pp. 258-61, Mar 2013, doi: 10.1136/bjophthalmol-2012-302013.
7. **H. Jamali, S. Jahanian, and R. Gharebaghi**, "Effects of Laser Peripheral Iridotomy on Corneal Endothelial Cell Density and Cell Morphology in Primary Angle Closure Suspect Subjects," (in eng), J Ophthalmic Vis Res, vol. 11, no. 3, pp. 258-62, Jul-Sep 2016, doi: 10.4103/2008-322x.188395.
8. **C. Ghiță, L. Ilie, and A. M. Ghiță**, "The effects of inflammation and anti-inflammatory treatment on corneal endothelium in acute anterior uveitis," (in eng), Rom J Ophthalmol, vol. 63, no. 2, pp. 161-165, Apr-Jun 2019.
9. **E. Khalkhal, M. Razzaghi, M. Rostami-Nejad, M. Rezaei-Tavirani, H. Heidari Beigvand, and M. Rezaei Tavirani**, "Evaluation of Laser Effects on the Human Body After Laser Therapy," (in eng), J Lasers Med Sci, vol. 11, no. 1, pp. 91-97, Winter 2020, doi: 10.15171/jlms.2020.15.

THỰC TRẠNG SỬ DỤNG KHÁNG SINH TRÊN NGƯỜI BỆNH CÓ CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT SẠCH, SẠCH-NHIỄM TẠI KHOA NGOẠI TIM MẠCH-LỒNG NGỰC, BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Võ Thị Hương Thảo¹, Nguyễn Hoàng Anh²,
Nguyễn Mai Hoa², Nguyễn Thanh Hiền¹, Phùng Duy Hồng Sơn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích đặc điểm sử dụng kháng sinh trên người bệnh có chỉ định phẫu thuật sạch, sạch-nhiễm tại một đơn vị Phẫu thuật Tim Mạch – Lồng ngực tuyến cuối ở Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, cắt ngang thông qua hồi cứu dữ liệu hồ sơ bệnh án của người bệnh có chỉ định phẫu thuật sạch, sạch-nhiễm tại khoa Ngoại Tim mạch-Lồng ngực, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ ngày 01/10/2023 đến 31/12/2023. **Kết quả:** 236 hồ sơ bệnh án của người bệnh được đưa vào phân tích. Khoảng 43,22% người bệnh có ít nhất một yếu tố nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ. Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ ghi nhận được là 2,07%. Trên 85% người bệnh được sử dụng 1 mũi kháng sinh dự phòng tại phòng mổ, chủ yếu là cefamandol liều 2g và cefoperazon liều 1g và phần lớn được dùng trong vòng 60 phút trước khi rạch da. Không có người bệnh nào được bổ sung liều kháng sinh dự phòng khi phẫu thuật kéo dài. 100% người bệnh được dùng kháng sinh đến khi ra viện, đa số tiếp tục được chỉ định thêm kháng sinh uống sau khi xuất viện. Tình trạng thay đổi nhiều loại kháng sinh xảy ra phổ biến trong thời gian người bệnh nằm viện. **Kết luận:** Kết quả nghiên cứu đã cung cấp hình ảnh khái quát về thực trạng sử dụng kháng sinh dự phòng tại Khoa Tim mạch-lồng ngực, là

cơ sở để triển khai các chương trình quản lý kháng sinh trong Ngoại khoa phù hợp với điều kiện thực tế của bệnh viện. **Từ khóa:** Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức; Khoa Tim mạch-lồng ngực; phẫu thuật sạch, sạch-nhiễm, phẫu thuật lồng ngực.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF ANTIBIOTIC USE IN PATIENTS UNDERGOING CLEAN SURGERY, CLEAN-CONTAMINATED SURGERY AT THE DEPARTMENT OF CARDIOVASCULAR AND THORACIC SURGERY, VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Objectives: This study was aimed at analyzing the characteristics of antibiotic use in patients who underwent clean, clean-contaminated surgery. **Methods:** A descriptive, retrospective, cross-sectional study was conducted based on medical records of patients who underwent clean, clean-contaminated surgery at the Department of Cardiovascular and Thoracic Surgery, Viet Duc University Hospital during October 1, 2023 to December 31, 2023. **Results:** A total of 236 medical records of patients were included. Approximately 43.22% of patients had at least one risk factor for surgical site infection. The incidence of surgical site infection was 2.07%. More than 85% of patients received one dose of prophylactic antibiotics in the operating room, mainly cefamandole 2g and cefoperazone 1g and almost all of them were used within 60 minutes before skin incision. No patient received an additional dose of prophylactic antibiotics when the surgery was prolonged. All of the patients were prescribed antibiotics until discharge, with the majority received oral antibiotics for out-patient use.

¹Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

²Trường Đại học Dược Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phùng Duy Hồng Sơn

Email: hongsony81@yahoo.com

Ngày nhận bài: 19.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.6.2025

Ngày duyệt bài: 25.7.2025

Frequent changes in antibiotic regimens were commonly observed during hospitalization. **Conclusion:** This study showed an overview of the current situation of antibiotic prophylaxis at the Department of Cardiovascular and Thoracic Surgery, thereby highlighted the need of implementing antimicrobial stewardship programs in surgical departments based on the actual clinical context.

Keywords: VietDuc University Hospital; clean surgery, Clean-contaminated surgery, thoracic surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức là bệnh viện Ngoại khoa tuyến cuối với mức sử dụng kháng sinh cao. Khảo sát tình hình sử dụng kháng sinh trong giai đoạn 2009–2011 cho thấy mức tiêu thụ trung bình đạt 326,65 DDD/100 ngày điều trị nội trú [6], phản ánh áp lực lớn trong công tác quản lý kháng sinh.

Trong số các đơn vị chuyên môn, Khoa Ngoại Tim mạch–Lồng ngực (TM–LN) thực hiện hơn 1.300 ca phẫu thuật (PT) mỗi năm, trong đó một tỷ lệ đáng kể là các ca PT sạch và sạch-nhiễm. Đây là đối tượng được khuyến cáo sử dụng kháng sinh dự phòng (KSDP) để phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ (NKVM) [2],[7],[8]. Tuy nhiên, hiện vẫn còn thiếu dữ liệu cụ thể về thực trạng sử dụng kháng sinh nói chung và KSDP nói riêng trên người bệnh (NB) phẫu thuật tại khoa Ngoại TM–LN.

Từ đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm khảo sát thực trạng sử dụng kháng sinh tại khoa Ngoại TM–LN, từ đó đề xuất định hướng xây dựng chiến lược quản lý kháng sinh phù hợp với thực tế của bệnh viện.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

* **Tiêu chuẩn lựa chọn:** hồ sơ bệnh án (HSBA) của NB PT sạch, sạch–nhiễm tại khoa Ngoại TM–LN ngực từ ngày 01/10/2023–31/12/2023.

* **Tiêu chuẩn loại trừ:** HSBA của NB không theo dõi hậu phẫu tại khoa Ngoại TM–LN; có tiền sử PT trong vòng 1 tháng trước đó; có vết thương ngoài da và có biểu hiện nhiễm khuẩn; đã được chẩn đoán nhiễm khuẩn trước PT; HSBA không tiếp cận được.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

* **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang.

* **Chỉ tiêu nghiên cứu:**

- Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu: đặc điểm NB (tuổi, giới tính, BMI, bệnh mắc kèm, thời gian nằm viện, điểm ASA, chỉ số NNIS), đặc điểm PT (phân loại PT, phương pháp PT, quy trình PT, thời gian PT)

- Đặc điểm nhiễm khuẩn: tỷ lệ NB có chẩn đoán nhiễm khuẩn

- Đặc điểm sử dụng kháng sinh: loại kháng sinh sử dụng, thời điểm và nơi chỉ định, tỷ lệ thay đổi kháng sinh, thời gian dùng kháng sinh, đặc điểm đơn kháng sinh ra viện

* **Phân tích dữ liệu:** Dữ liệu được thu thập, lưu trữ và xử lý bằng phần mềm Microsoft Excel 2016 và R 4.2.2.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu.

Nghiên cứu thu được 236 HSBA tương ứng 241 lượt PT (có 05 NB được PT 2 lần trong 1 đợt điều trị). Đặc điểm chung của NB được tóm tắt trong Bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Đặc điểm		Số NB (n(%)), N=236
Tuổi	Trung vị (IQR)	49,50 (30,25-65)
	<19	27 (11,44)
	19-65	151 (63,98)
	>65	58 (24,58)
Giới tính	Nam	142 (59,7)
	Nữ	94 (39,83)
Chỉ số khối cơ thể BMI (kg/m ²)	Bình thường	171 (72,46)
	Béo phì	28 (11,86)
	Suy dinh dưỡng	37 (15,68)
Mắc kèm đái tháo đường		27 (11,44)
Thói quen hút thuốc		14 (5,93)
Thời gian nằm viện trước PT ¹		1 (1-3)
Điểm ASA ^{1,2}	1	76 (31,54)
	2	151 (62,66)
	3	14 (5,80)
Chỉ số NNIS ^{1,3}	0-1	233 (96,68)
	≥2	8 (3,32)
Phân loại PT ^{1,4}	Sạch	186 (77,18)
	Sạch-nhiễm	55 (22,82)
Phương pháp PT ¹	Mổ mở	154 (63,90)
	Nội soi	87 (36,1)
Quy trình PT ¹	Mổ phiên	239 (99,17)
	Mổ cấp cứu	2 (0,83)
Loại PT ¹	PT mạch máu	68 (28,22)
	PT phổi	37 (15,35)
	PT điều trị lổm ngực	31 (12,86)
	PT trung thất	30 (12,45)
	PT dẫn lưu màng phổi	28 (11,62)
	PT tuyến giáp	27 (11,2)
PT khác	20 (8,30)	
Thời gian PT ¹ (phút)	Trung vị (IQR)	60,0 (38,0-109,0)
	>120	50 (20,75)

¹tính theo 241 PT; ²ASA: hệ thống phân loại tình trạng NB phẫu thuật của Hiệp hội Gây mê Hoa

Kỳ [2]; ³NNIS: chỉ số nguy cơ nhiễm khuẩn [1], theo hệ thống phân loại vết mổ của Trung tâm kiểm soát và phòng ngừa dịch bệnh Hoa Kỳ [1].

Mẫu nghiên cứu gồm 236 NB, chủ yếu ở độ tuổi 19–65 (63,98%) và nam giới chiếm đa số (59,7%). Phần lớn NB có tình trạng toàn thân tốt (ASA 1–2: 94,2%; NNIS≤1: 96,68%) và được PT theo chương trình (99,17%), với vết mổ sạch (77,18%) và mổ mở là phương pháp chủ yếu (63,9%).

Đặc điểm nhiễm khuẩn mẫu nghiên cứu được trình bày trong Bảng 2.

Bảng 2. Đặc điểm nhiễm khuẩn trong mẫu nghiên cứu

Đặc điểm	Số NB (n(%))
----------	--------------

Bảng 3. Đặc điểm loại kháng sinh được sử dụng

Đặc điểm	Số PT (n (%), N=241)					Đơn ra viện*	
	Trước ngày PT	Trong ngày PT			Sau ngày PT		
		Trong vòng 2 giờ trước khi rạch da	Trong PT	24 giờ sau đóng vết mổ			
Số lượng chỉ định	24 (9,96)	187 (77,59)	21 (8,71)	240 (99,59)	213 (88,38)	218 (92,37)	
Nơi thực hiện Khoa Ngoại TM-LN Phòng mổ	24 (100) -	2 (1,07) 185 (98,93)	- 21 (100)	240 (100) -	213 (100) -		
Phác đồ kháng sinh Đơn độc Phối hợp	22 (91,67) 2 (8,33)	187 (100) -	21 (100) -	157 (65,42) 83 (34,58)	124 (58,22) 89 (41,78)	188 (86,24) 30 (13,76)	
Nhóm kháng sinh sử dụng đơn độc hoặc phối hợp	Penicillin + chất ức chế beta-lactamase	19 (79,17)	2 (1,07)	-	155 (64,58)	129 (60,56)	2 (0,92)
	Cephalosporin thế hệ 2	1 (4,17)	117 (62,57)	17 (80,95)	-	-	126 (57,80)
	Cephalosporin thế hệ 3	4 (16,67)	68 (36,36)	4 (19,05)	95 (39,58)	89 (41,78)	89 (40,83)
	Cephalosporin thế hệ 4	-	-	-	1 (0,42)	1 (0,47)	-
Nhóm kháng sinh sử dụng phối hợp	Nitroimidazol	-	-	-	2 (0,83)	2 (0,94)	-
	Quinolon	2 (8,33)	-	-	53 (22,08)	57 (26,76)	4 (1,83)
	Aminosid	1 (4,17)	-	-	30 (12,5)	30 (14,08)	-
	Macrolid	-	-	-	-	-	26 (11,93)
Kháng sinh khác	-	-	-	2 (0,83)	5 (3,29)	2 (0,92)	

(* tính theo 236 NB)

Trong số 241 ca PT, tỷ lệ sử dụng kháng sinh trong vòng 2 giờ trước rạch da đạt 77,59%, chủ yếu thực hiện tại phòng mổ (98,93%). Kháng sinh tiếp tục được sử dụng phổ biến sau mổ (24 giờ: 99,59%; sau mổ ≥1 ngày: 88,38%). Kháng sinh tại phòng mổ chủ yếu là cephalosporin thế hệ 2, trong khi tại khoa Ngoại TM-LN là nhóm penicillin + chất ức chế betalactamase. Hơn 1/3 NB được chỉ định phối hợp kháng sinh sau mổ, trong đó chủ yếu là kháng sinh beta-lactam phối hợp với quinolon (26,76%) hoặc aminosid (14,08%). Đa số NB được kê đơn kháng sinh sau khi ra viện.

		N=241
Trước PT	NB có chẩn đoán nhiễm khuẩn	0 (0)
Trong PT	NB có mẫu bệnh phẩm trong mổ cấy vi sinh dương tính	5 (2,07)
Sau PT	NB có chẩn đoán NKVM	5 (2,07)
	NB có nhiễm khuẩn khác	1 (0,41)

Có 5 mẫu bệnh phẩm trong mổ cấy vi sinh dương tính: có 3 mẫu dương tính vi khuẩn, 2 mẫu dương tính nấm. Tỷ lệ NKVM được ghi nhận là 2,07%.

Đặc điểm sử dụng kháng sinh được trình bày trong Bảng 3.

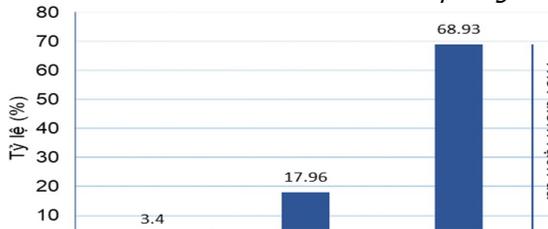
Đặc điểm kháng sinh sử dụng tại phòng mổ được mô tả trong bảng 4

Bảng 4. Đặc điểm sử dụng kháng sinh tại phòng mổ

Đặc điểm	Số PT (N=241)	
Số PT có sử dụng kháng sinh tại phòng mổ	206 (85,48)	
Loại KS*	Cefamandol	134 (65,05)
	Cefoperazon	66 (32,04)
	Cefotaxim	6 (2,91)
Liều dùng*	Người lớn Cefamandol	

	2000mg	119 (57,77)
	1000-1500mg	6 (2,91)
	Cefoperazon	
	1000mg	56 (27,18)
	1000-1500mg	10 (4,85)
	Cefotaxim	
	1000mg	6 (2,91)
	Trẻ em (mg/kg)	
	Cefamandol	38,52±11,74
	Cefoperazon	23,82±2,16
	Cefotaxim	23,26
Số PT cần bổ sung kháng sinh trong khi PT		26 (10,79)
Số PT được bổ sung liều kháng sinh trong khi PT		0 (0)

(*) tính theo 206 PT có sử dụng kháng sinh tại phòng mổ



Hình 1: Đặc điểm thời gian sử dụng kháng sinh tại phòng mổ

Có 206/241 ca (85,48%) sử dụng kháng sinh tại phòng mổ, chủ yếu trong vòng 0–15 phút trước rạch da (68,93%). Cefamandol là kháng sinh được dùng nhiều nhất (65,05%), với liều phổ biến là 2000mg. Có 26 ca PT (10,79%) có thời gian PT kéo dài trên 2 lần thời gian bán thải của kháng sinh (2,4 giờ với cefamandol, 4 giờ với cefoperazon và 2,24 giờ với cefotaxim). Không có NB nào được bổ sung liều kháng sinh trong khi mổ.

Đặc điểm thay đổi kháng sinh trong thời gian nằm viện được mô tả trong Bảng 5
Bảng 5. Đặc điểm thay đổi kháng sinh

Đặc điểm		Số NB (N=236)
NB có thay đổi kháng sinh		204 (86,44)
Số lần thay đổi kháng sinh (lần)	1	180 (76,27)
	2	36 (15,25)
	>2	6 (2,54)
Tổng số lần thay đổi kháng sinh		236
Lý do thay đổi kháng sinh	Thay đổi đơn vị điều trị	216 (91,53)
	Mổ lại	7 (2,97)
	Có chẩn đoán/biểu hiện nhiễm khuẩn	6 (2,54)
	Hết thuốc	5 (2,12)
	Dị ứng kháng sinh	2 (0,85)

Phần lớn NB (86,44%) ghi nhận sự thay đổi kháng sinh ít nhất 1 lần trong thời gian nằm

viện. Nguyên nhân chủ yếu do thay đổi đơn vị điều trị (91,53%).

Đặc điểm thời gian dùng kháng sinh được miêu tả trong Bảng 6

Bảng 6. Đặc điểm thời gian dùng kháng sinh

Đặc điểm		Số NB (N=236)
NB dùng kháng sinh đến khi ra viện		236 (100%)
Thời gian sử dụng kháng sinh (ngày)	Trung vị (IQR)	3,38 (1,47-5,37)
	<1	18 (7,63)
	1-3	52 (22,03)
	3-5	56 (23,73)
	>5	110 (46,61)
Tổng số liều kháng sinh/1 đợt điều trị		21,78
Số ngày chỉ định kháng sinh sau khi ra viện		10 (10-10)

100% NB được dùng kháng sinh cho đến khi ra viện. Trung bình thời gian sử dụng kháng sinh là 3,38 ngày và đa số là >5 ngày (46,61%). Một NB được sử dụng trung bình 21,78 liều kháng sinh. Hầu hết NB được kê đơn kháng sinh sau khi ra viện.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm NB: Trong tổng số 236 NB được đưa vào nghiên cứu, phần lớn NB có điểm ASA<3, phản ánh tình trạng sức khỏe trước PT nhìn chung tốt. Tỷ lệ NB có nguy cơ nhiễm khuẩn cao theo chỉ số NNIS khá thấp (3,19%), cho thấy nếu thực hiện đúng các biện pháp phòng ngừa, nguy cơ NKVM có thể được kiểm soát tốt [2].

Về đặc điểm PT: PT mạch máu (22,41%) và can thiệp phổi (15,35%) là hai loại PT chiếm tỷ lệ cao trong nghiên cứu. Những PT phức tạp và kéo dài như PT tim không có trong mẫu nghiên cứu do NB không được chăm sóc sau mổ tại khoa Ngoại TM-LN. PT sạch chiếm hơn ¾ tổng số ca PT cho thấy đặc điểm PT có nguy cơ nhiễm khuẩn thấp của mẫu nghiên cứu. Tuy nhiên, vẫn có gần 20% NB có thời gian PT kéo dài trên 120 phút. Thời gian PT dài đồng nghĩa với việc vết mổ phơi nhiễm lâu hơn với môi trường bên ngoài, từ đó có thể làm gia tăng nguy cơ xâm nhập của vi sinh vật gây bệnh.

Khoảng 50% có ít nhất một yếu tố nguy cơ gây NKVM theo Hướng dẫn của Bộ Y tế [2].

Đặc điểm nhiễm khuẩn: 2,07% NB được chẩn đoán NKVM sau mổ do có kết quả cấy mẫu bệnh phẩm trong mổ dương tính, trong đó có 1 NB có tình trạng sốc nhiễm khuẩn. Kết quả nghiên cứu tương đồng tỷ lệ NKVM tại Khoa PT Lồng ngực-Mạch máu bệnh viện Đại học Y Dược

Thành phố Hồ Chí Minh (3%) [5].

Đặc điểm sử dụng kháng sinh: Có 24 NB (9,96%) được chỉ định kháng sinh trước ngày PT, thấp hơn so với ghi nhận tại Bệnh viện Bạch Mai[4]. Điều này phù hợp với đặc điểm NB có tình trạng toàn thân tốt, chỉ số NNIS thấp, chủ yếu trải qua các PT sạch, sạch-nhiễm ít nguy cơ nhiễm khuẩn.

Trong 241 ca PT, có 85,5% NB được tiêm một mũi kháng sinh mục đích dự phòng nhiễm khuẩn tại phòng mổ, trong đó 89,81% được tiêm trong vòng 60 phút trước rạch da, phù hợp với khuyến cáo hiện hành [2],[8]. Tuy nhiên vẫn còn tỷ lệ nhỏ NB được dùng kháng sinh sau khi rạch da (19/241) và sau khi đóng vết mổ (20/241). Điều này có thể do bác sĩ gây mê sẽ ưu tiên dùng thuốc cho quá trình gây mê trước sau đó mới dùng kháng sinh hoặc chưa có biện pháp giám sát chặt chẽ quá trình thực hiện kháng sinh tại phòng mổ.

Kháng sinh được lựa chọn chủ yếu tại phòng mổ cefamandol (65%), sau đó đến cefoperazon và cefotaxim. Mặc dù không phải là lựa chọn đầu tay nhưng cefamandol cũng là loại KSDP được khuyến cáo trên các PT sạch vùng đầu cổ, lồng ngực và mạch máu [8]. Kháng sinh cephalosporin thế hệ 3 có phổ kháng khuẩn rộng và hiệu quả trên nhiều chủng vi khuẩn, tuy nhiên, các khuyến cáo hiện nay ưu tiên sử dụng cephalosporin thế hệ 1 hoặc 2 cho KSDP trong PT sạch và sạch-nhiễm, nhằm giảm thiểu nguy cơ phát triển đề kháng kháng sinh[7],[8]. Thực trạng sử dụng KSDP là kháng sinh cephalosporin thế hệ 3 cũng được ghi nhận ở bệnh viện khác [3].

Bổ sung liều KSDP khi PT kéo dài hoặc mất máu nhiều cần thiết để duy trì nồng độ kháng sinh thích hợp trong mô và máu trong suốt quá trình PT[8]. Trong nghiên cứu, có 26 ca PT kéo dài đủ điều kiện để bổ sung liều KSDP trong khi mổ, tuy nhiên không có trường hợp nào được thực hiện bổ sung liều. Thực trạng này có thể do thiếu quy trình và phác đồ KSDP cụ thể, cũng như chưa có sự giám sát chặt chẽ trong thực hành lâm sàng. Điều này tiềm ẩn nguy cơ gia tăng nhiễm khuẩn sau PT.

Việc thay đổi kháng sinh trong quá trình điều trị cũng là vấn đề đáng ghi nhận: 86,44% NB bị thay đổi kháng sinh ít nhất một lần. Nguyên nhân chính là kháng sinh được kê ở nhiều khoa bởi các bác sĩ khác nhau. Cụ thể, bác sĩ gây mê kê KSDP trong phòng mổ, phẫu thuật viên kê đơn thuốc ngày sau mổ, bác sĩ điều trị hoặc bác sĩ nội trú kê đơn khi chăm sóc hậu phẫu tại khoa phòng. Thêm vào đó, tồn tại sự thiếu sự kết nối

trong quá trình điều trị cho NB thể hiện qua việc phẫu thuật viên không được thông báo về loại KSDP NB đã dùng tại phòng mổ, bác sĩ điều trị cho NB tại khoa lâm sàng có thể không phải là phẫu thuật viên, bác sĩ điều trị không có thói quen đọc Bảng theo dõi Gây mê hồi sức – trong đó có ghi KSDP dùng tại phòng mổ, việc kéo đơn thuốc sau mổ trên phần mềm có thể gặp sai sót dẫn đến việc bác sĩ phải kê lại đơn thuốc khác.

100% NB được dùng kháng sinh cho đến khi ra viện. Nhiều nghiên cứu cũng cho thấy nguyên tắc dùng sử dụng kháng sinh trong vòng 24 giờ sau PT ít được tuân thủ [4]. Tại khoa Ngoại TM-LN, kháng sinh được sử dụng chủ yếu là nhóm penicillin kết hợp chất ức chế beta-lactamase (ampicillin+sulbactam) và cephalosporin thế hệ 3 (cefotaxim, cefoperazon), tương tự kết quả nghiên cứu tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2019 [4]. Phác đồ phối hợp kháng sinh được ghi nhận ở 89/236 NB, chủ yếu là fluoroquinolon hoặc aminoglycosid kết hợp beta-lactam. Nguyên nhân của thực trạng này có thể xuất phát từ lo ngại nguy cơ NKVM do kiểm soát nhiễm khuẩn chưa được đảm bảo đầy đủ trong bối cảnh quá tải NB, hạn chế về cơ sở vật chất và mức độ tuân thủ kiểm soát nhiễm khuẩn của nhân viên y tế còn chưa đồng đều. Sau xuất viện, 92,37% NB tiếp tục được kê kháng sinh đường uống trong 5–14 ngày, mặc dù các hướng dẫn KSDP hiện nay đều không khuyến cáo dùng thêm kháng sinh đường uống để dự phòng nhiễm khuẩn sau PT[7]. Việc sử dụng kháng sinh kéo dài sau ra viện cần được cân nhắc kỹ lưỡng để tránh lạm dụng và hạn chế nguy cơ kháng thuốc.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu đã cung cấp hình ảnh khái quát về thực trạng sử dụng kháng sinh tại Khoa TM-LN, với một số hạn chế còn tồn tại: sử dụng kháng sinh kéo dài sau mổ, chưa bổ sung liều khi phẫu thuật kéo dài và tình trạng thay đổi nhiều loại kháng sinh xảy ra phổ biến. Đây là tiền đề cho những nghiên cứu chuyên sâu tiếp theo từ đó giúp định hướng xây dựng chiến lược quản lý kháng sinh phù hợp với thực tế của bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2023), "Hướng dẫn giám sát nhiễm khuẩn vết mổ - Ban hành kèm Quyết định số 1526/QĐ-BYT ngày 24/03/2023 của Bộ trưởng Bộ Y tế", pp.
2. **Bộ Y tế** (2012), "Hướng dẫn phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ. Ban hành kèm theo Quyết định số: 3671/QĐ-BYT ngày 27 tháng 9 năm 2012 của Bộ Y tế", pp.
3. **Lê Thị Anh Thư, Nguyễn Văn Khôi** (2010), "Đánh giá hiệu quả của việc sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật sạch và sạch nhiễm

- tại bệnh viện Chợ Rẫy", Y học thực hành, 723(6), pp. 4-7.
4. **Nguyễn Thanh Lương** (2019), "Triển khai thí điểm chương trình kháng sinh dự phòng tại khoa Phẫu thuật lồng ngực Bệnh viện Bạch Mai", pp.
 5. **Phạm Thủy Trinh, Lê Thị Anh Đào** (2010), "Nghiên cứu tình trạng nhiễm khuẩn vết mổ tại khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh", Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, 14(1), pp. 124-128.
 6. **Trần Thị Minh Đức** (2012), "Đánh giá tình hình sử dụng kháng sinh tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức giai đoạn 2009 - 2011", Luận văn thạc sĩ Dược học, Đại học Dược Hà Nội, pp.
 7. **Organization World Health** (2018), "Global Guidelines for the Prevention of Surgical Site Infection", pp.
 8. **Bratzler D. W., Dellinger E. P., et al.** (2013), "Clinical practice guidelines for antimicrobial prophylaxis in surgery", Am J Health Syst Pharm, 70(3), pp. 195-283.

CHÈN ÉP THẦN KINH GIỮA DO LAO MÀNG GÂN GẤP VÙNG CỔ TAY - BÁO CÁO CA BỆNH HIẾM GẶP

Lê Gia Ánh Thy¹, Lê Minh Khoa²,
Nguyễn Ngọc Hiếu³, Cao Kim Xoa⁴

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Lao màng gân gấp vùng cổ tay là thể bệnh rất hiếm của lao cơ xương khớp, dễ bị chẩn đoán nhầm với hội chứng ống cổ tay nguyên phát do triệu chứng không điển hình, dẫn đến chậm trễ điều trị và nguy cơ biến chứng không hồi phục. **Tóm tắt ca bệnh:** Nam bệnh nhân 33 tuổi với triệu chứng tê tay trái và đau cổ tay kéo dài 10 tháng, điều trị hội chứng ống cổ tay không hiệu quả. Hình ảnh học cho thấy viêm màng gân gấp mãn tính gây chèn ép thần kinh giữa. Bệnh nhân được phẫu thuật giải ép, kết quả mô bệnh học xác định lao màng gân. Sau mổ, bệnh nhân điều trị thuốc kháng lao và phục hồi hoàn toàn chức năng vận động. **Bàn luận:** Lao màng gân thường khởi phát âm thầm, dễ bị bỏ sót. MRI và mô bệnh học hỗ trợ chẩn đoán. Cần nghĩ đến bệnh lý này khi triệu chứng chèn ép thần kinh giữa kéo dài, không đáp ứng điều trị. Phẫu thuật giải ép phối hợp điều trị thuốc kháng lao là cần thiết ở giai đoạn bệnh tiến triển. **Kết luận:** Lao màng gân gấp cổ tay cần được lưu ý trong chẩn đoán phân biệt hội chứng ống cổ tay kéo dài. Chẩn đoán sớm và điều trị phối hợp giúp bảo tồn chức năng và ngăn ngừa tái phát.

Từ khóa: Lao màng gân gấp, hội chứng ống cổ tay thứ phát, chèn ép thần kinh giữa

SUMMARY

MEDIAN NERVE COMPRESSION DUE TO TUBERCULOUS TENOSYNOVITIS AT THE WRIST – A RARE CASE REPORT

Introduction: Tuberculous flexor tenosynovitis

of the wrist is a rare manifestation of musculoskeletal tuberculosis. Its nonspecific symptoms can mimic primary carpal tunnel syndrome, leading to delayed diagnosis and potential complications. **Case report:** A 33-year-old male presented with a 10-month history of left wrist pain and hand numbness. He was initially misdiagnosed with primary carpal tunnel syndrome and showed no improvement after surgery. MRI suggested chronic tenosynovitis causing median nerve compression. Surgical decompression was performed, and histopathology confirmed Mycobacterium tuberculosis infection. The patient was treated with anti-tuberculous therapy and fully recovered. **Discussion:** Tuberculous tenosynovitis often presents insidiously. MRI and histopathology are valuable for diagnosis. In patients with persistent median nerve compression symptoms unresponsive to conventional treatment, this condition should be considered, especially in endemic areas. Surgical debridement combined with medical therapy is essential in advanced stages. **Conclusion:** Wrist tuberculous tenosynovitis should be considered in chronic carpal tunnel-like cases. Early and accurate diagnosis with appropriate treatment is crucial for functional recovery and recurrence prevention. **Keywords:** Tuberculous flexor tenosynovitis, Secondary carpal tunnel syndrome, Median nerve compression

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Với khoảng gần hai triệu ca tử vong mỗi năm, bệnh lao (tuberculosis, TB) vẫn là một trong những bệnh truyền nhiễm gây tử vong hàng đầu trên toàn cầu, đặc biệt phổ biến tại các quốc gia đang phát triển.¹ Lao ngoài phổi chiếm khoảng 15–20% tổng số ca bệnh, trong đó thể lao cơ xương khớp chỉ chiếm từ 1–3%. Trong nhóm này, gần 50% là các trường hợp lao cột sống, trong khi lao màng gân gấp vùng cổ tay là một bệnh lý cực kỳ hiếm gặp.² Các triệu chứng của bệnh lý này thường không đặc hiệu, hội chứng ống cổ tay đôi khi có thể là triệu chứng

¹Bệnh viện Chấn thương Chỉnh hình

²Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

³Bệnh viện Quân y 7A

⁴Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lê Gia Ánh Thy

Email: thymd2011@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.6.2025

Ngày duyệt bài: 28.7.2025