

# **ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT KHÔNG DÙNG KHÁNG SINH TRONG BỆNH LÝ THOÁT VỊ BỤNG Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG.**

*Hồ Nguyễn Hoàng, Lê Cao Sang, Đỗ Thị Bích Nga, Phan Văn Bé.  
Khoa Ngoại tổng hợp, Bệnh viện An giang*

## **TÓM TẮT**

*Mở đầu: Việc không sử dụng kháng sinh trong mổ thoát vị bẹn ở trẻ em là một vấn đề gây tranh cãi, do sự khác biệt giữa các kết quả nghiên cứu trong lĩnh vực này.*

*Mục tiêu nghiên cứu: Xác định tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ khi không sử dụng kháng sinh trong phẫu thuật thoát vị bẹn ở trẻ em.*

*Phương pháp nghiên cứu: Tiền cứu, mô tả hàng loạt ca.*

*Kết quả: Từ tháng 01/2014 đến tháng 07/2014 có 80 bệnh nhân phù hợp tiêu chuẩn chọn bệnh, được đưa vào nghiên cứu và cho kết quả như sau: vết mổ không nhiễm trùng 79/80 (98,7%), vết mổ nhiễm trùng 1,3% (1/80).*

*Kết luận: Tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ khi mổ thoát vị bẹn ở trẻ em không sử dụng kháng sinh là 1,3%*

## **ABSTRACT**

**Introduction:** No use antibiotic prophylaxis in inguinal hernia surgery in children is a controversial issue, due to the difference reports in this field.

**Objective:** Determine the rate of wound infection without use antibiotic prophylaxis in inguinal hernia surgery in children.

**Methods:** Case series report.

**Results:** From January to December 2014 with 80 patients who met the criteria for the disease, were included in the study and the results were as follows: wound without infection was 98.7% (79/80), wound infection was 1.3% (1/80).

**Conclusions:** The rate of wound infection in inguinal hernia surgery for pediatric patients without use antibiotic prophylaxis was 1.3%

## **I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Phẫu thuật thoát vị bẹn (TVB) là phẫu thuật sạch, ở các nước tiên tiến trên thế giới với điều kiện phòng mổ hiện đại, vô trùng tốt bệnh nhân không cần sử dụng

kháng sinh sau mổ hoặc chỉ dùng kháng sinh một liều duy nhất trong mổ với tỉ lệ nhiễm trùng vết mổ khoảng 2% và bệnh nhân được xuất viện sớm ngay sau mổ <sup>[1]</sup>.

Tại Việt Nam việc không sử dụng kháng sinh hoặc sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật còn rất hạn chế và chỉ thực hiện với số lượng rất khiêm tốn ở một vài bệnh viện lớn như nhi đồng 1 nhi đồng 2.

Bệnh viện đa khoa An Giang trong những năm gần đây đã có những chuyển biến tích cực trong công tác phòng chống nhiễm khuẩn bệnh viện. Đó là cơ sở tốt để chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này để đánh giá việc không sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật TVB ở trẻ em.

## II. MỤC TIÊU CỦA ĐỀ TÀI

Đánh giá tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ khi không sử dụng kháng sinh trong phẫu thuật TVB ở trẻ em.

## III. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu, mô tả.
2. Cỡ mẫu:

$$n = \frac{Z^2}{\epsilon^2} \times p(1 - p)$$

Trong

đó:

Z: đơn vị độ lệch của phân phối chuẩn ( $\alpha = 0,1 \rightarrow Z = 1,28$ )

$\epsilon$ : sai số mong muốn (2%)

p: tỷ số nhiễm khuẩn vết mổ (được tính là 2%)

Thế vào công thức, ta có:

$$n = \frac{(1,28)^2}{(0,02)^2} \times 0,02(1 - 0,02) = 80,26$$

Như vậy, nếu tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ ước đoán khoảng 2% và sai số mong muốn là 2% thì cỡ mẫu là 80 bệnh nhân.

3. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhi mổ chương trình TVB.
4. Địa điểm: Khoa ngoại - Bệnh viện đa khoa An giang.
5. Thời gian nghiên cứu: từ tháng 01/2014 đến tháng 07/2014

6. Cách tiến hành: Chọn tất cả các bệnh nhi mổ chương trình TVB. Một bệnh án mẫu soạn sẵn, ghi nhận các biến về giới, tuổi, chẩn đoán, kỹ thuật mổ, thời gian mổ, tình trạng vết mổ hậu phẫu, biến chứng, ngày điều trị, tử vong.

**Tiêu chuẩn chẩn đoán nhiễm khuẩn vết mổ** (Nhiễm khuẩn xảy ra trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật)

- a. Chảy dịch hoặc mủ từ vết.
- b. Phân lập vi khuẩn từ cấy dịch hay mô được lấy vô trùng từ vết mổ.
- c. Có ít nhất một trong những dấu hiệu hay triệu chứng sau: đau, sưng, nóng, đỏ và cần mở bung vết mổ.

Tình trạng vết mổ được đánh giá dựa theo phân loại của David (1989).

- Loại 1: Vết mổ khô, sạch hoàn toàn liền kỳ đầu.
- Loại 2: Vết mổ có chảy dịch, không liền tốt nhưng không có mủ.
- Loại 3: Vết mổ có mủ.

Trong thời gian hậu phẫu nếu vết mổ được đánh giá loại 2 và 3 được xem là nhiễm trùng, bệnh nhân sẽ được dùng kháng sinh điều trị.

7. Xử lý số liệu: Trình bày các biến số có phân phối chuẩn bằng trung bình và độ lệch chuẩn, các biến số có phân phối không chuẩn bằng trung vị. Các biến định tính được trình bày bằng tỉ lệ %. Các biến định tính được phân tích bằng phép kiểm t. Các test có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ . Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0.

#### IV. KẾT QUẢ

Trong thời gian từ tháng 01/2014 đến tháng 07/2014 có 80 trường hợp TVB trẻ em được phẫu thuật tại khoa ngoại. Các dữ kiện được phân bố như sau:

1. Tuổi: tuổi trung vị 4(1, 13)\*. (\*giá trị nhỏ nhất, giá trị lớn nhất).
2. Giới tính: Nam 71(88,8%), Nữ 9 (11,2%).
3. Chẩn đoán: TVB(P) 50(62,5%), TVB(T) 29(36,3%), TVB 2 bên 1(1,3%).

Trong đó, giới nữ có 5/50(6,3%) TVB(P), 3/29(3,8%) TVB (T) và 1/1(1,3%) TVB 2 bên.

4. Thời gian mổ trung bình 20,7 phút (SD: 5,6), ngắn nhất 10 phút, dài nhất 40 phút.

Thời gian mổ trung bình trường hợp bị nhiễm trùng vết mổ dài hơn so với các trường hợp không bị nhiễm trùng. Nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với  $p=0,098$  (bảng 1).

Bảng 1. Thời gian mổ trung bình và độ lệch chuẩn giữa 2 nhóm có và không có nhiễm trùng vết mổ

		N	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Nhiễm trùng vết mổ (+)	Có	1	30,0	0,0
	Không	79	20,6	5,5

5. Tình trạng vết mổ hậu phẫu: Vết mổ khô liền kỳ đầu 79(98,8%), vết mổ nhiễm 01(1,3%). Có 29/29(36,3%) trường hợp TVB(T) và 1/1(1,3%) TVB 2 bên không bị nhiễm trùng vết mổ so với 1/50(1,3%) trường hợp TVB(P).

## V. BÀN LUẬN:

### 1. Về tỷ lệ giới tính và chẩn đoán:

Tỷ lệ trẻ bị thoát vị bẹn chiếm 0,8 - 4,4% bệnh lý ở trẻ em. Ở trẻ sinh non tần suất còn cao hơn, đến 30% tùy theo tuổi thai. Bệnh gặp ở cả hai giới nhưng bé trai có tỉ lệ mắc bệnh cao hơn bé gái 3 - 10 lần. Bệnh có thể xảy ra ở một bên hoặc cả hai bên bẹn của trẻ, thường gặp ở bên phải (60%) hơn so với bên trái (25%), hoặc có khi bé bị cả hai bên (15%).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nam là 71(88,8%), nữ 9(11,2%). TVB(P) 50(62,5%), TVB(T) 29(36,3%), TVB 2 bên 1(1,3%).

### 2. Độ tuổi nào phẫu thuật:

Trong lô nghiên cứu, tuổi nhỏ nhất 1 tuổi, cao nhất 13 tuổi, tuổi trung vị là 4. Điều này phù hợp với xu hướng hiện nay phẫu thuật là phương pháp duy nhất giải quyết bệnh lý này.

Phẫu thuật sớm khi phát hiện bệnh để đề phòng biến chứng nghẹt. Nghĩa là mọi lứa tuổi (trừ trường hợp bé sinh non hoặc có bệnh lý nặng đi kèm) đều có thể phẫu thuật TVB.

### 3. Thời gian mổ:

Thời gian mổ trung bình 20,7 phút (SD: 5,6), ngắn nhất 10 phút, dài nhất 40 phút. Tình trạng vết mổ nhiễm trùng phải chuyển sang kháng sinh điều trị có 1 trường hợp với thời gian mổ 30 phút (SD: 0,0); vết mổ không nhiễm trùng có 79 trường hợp, với thời gian mổ trung bình 20,6 phút (SD: 5,5). Sự khác biệt về thời gian mổ ở 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p=0,098$  (bảng 1)

#### 4. Tình trạng vết mổ:

Tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ khi sử dụng kháng sinh dự phòng, theo báo cáo của Phạm Thúy Trinh (2009) 3%<sup>[4]</sup>. Nguyễn Văn Kính (2010) tỷ lệ này ở một số bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh ở miền Bắc giai đoạn tháng 11/2009 đến tháng 02/2010 là 7,5%<sup>[2]</sup>. Phan Văn Bé (2013) là 4,2%<sup>[5]</sup>. Phạm Văn Phú (2009) báo cáo tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ điều trị các bệnh lý do tồn tại ống phúc tinh mạc ở trẻ em với liệu kháng sinh dự phòng duy nhất là 0%<sup>[3]</sup>.

Năm 2012, Sanchez-Manuel FJ báo cáo một tổng quan về kháng sinh dự phòng trong mổ thoát vị bẹn, thì tỷ lệ nhiễm trùng chung là 3,1%<sup>[6]</sup>. Trong đó, tỷ lệ nhiễm trùng ở Nhóm bệnh nhân mổ thoát vị đơn thuần là 3,5% và Nhóm bệnh nhân mổ thoát vị với phục hồi mảnh ghép có tỷ lệ nhiễm trùng là 2,4%<sup>[6]</sup>.

Qua khảo sát 80 bệnh nhi phẫu thuật TVB không sử dụng kháng sinh dự phòng tại Bệnh viện đa khoa An Giang, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ là 1,3%. Tỷ lệ này tương đương với phẫu thuật TVB có sử dụng kháng sinh dự phòng của các tác giả khác.

## VI. KẾT LUẬN

Tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ khi không sử dụng kháng sinh trong phẫu thuật TVB ở trẻ em tại Bệnh viện đa khoa An Giang là 1,3%.

Thực hiện đầy đủ nguyên tắc vô khuẩn trong thực hành ngoại khoa và chăm sóc sau mổ và với điều kiện môi trường, con người và trang thiết bị hiện tại chúng ta mạnh dạn áp dụng không dùng kháng sinh dự phòng cho phẫu thuật thoát vị bẹn ở trẻ em.

**Tài liệu tham khảo:**

1. 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.
2. Nguyễn Văn Kính (2010), "Phân tích thực trạng sử dụng kháng sinh và kháng kháng sinh ở Việt Nam", *Global Antibiotic Resistance Partnership*, pp. 3 - 4.
3. Phạm Văn Phú. Kết quả phẫu thuật điều trị các bệnh lý do tồn tại ống phúc tinh mạc ở trẻ em với liệu kháng sinh dự phòng duy nhất (2009). Tạp chí khoa học công nghệ tỉnh Bình Định.
4. Phạm Thúy Trinh (2009). Nghiên cứu tình trạng nhiễm khuẩn vết mổ tại khoa ngoại tổng hợp bệnh viện đại học y dược Tp HCM.
5. Phan Văn Bé. Đánh giá nhiễm trùng vết mổ trong mổ thoát vị bẹn bằng kháng sinh dự phòng tại Bệnh viện đa khoa An Giang. Kỷ yếu Hội nghị Khoa học Bệnh viện An Giang số tháng 10/ 2013. Trang: 37-42.
6. Sanchez-Manuel FJ, Lozano - García J, Seco-Gil JL. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Feb 15;2:CD003769. Source: General and Digestive Surgery, Complejo Asistencial Universitario de Burgos. Hospital General Yagüe, Burgos, Spain.  
frajasama@telefonica.net