

BÁO CÁO
HOẠT ĐỘNG GIÁM SÁT HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ
QUÍ III NĂM 2023

Nhiễm trùng (nhiễm trùng thành bụng, nhiễm trùng vết mổ, nhiễm trùng huyết...) là biến chứng nghiêm trọng sau mổ lấy thai (MLT), làm tăng bệnh suất và tử suất của sản phụ, kéo dài thời gian nằm viện và gia tăng chi phí khám chữa bệnh. Tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ sau MLT dao động từ 3-5%.

Qua khảo sát mô hình bệnh tật, chúng tôi chọn giám sát phác đồ điều trị “Nhiễm khuẩn hậu sản” tại các khoa sản. Đây là bệnh lý nghiêm trọng có thể ảnh hưởng đến sức khỏe, tính mạng của sản phụ. Kết quả giám sát trong quý 3 cho kết quả như sau:

I. NỘI DUNG

I.1 Số lượt giám sát

Nhiễm trùng tầng sinh môn, âm hộ, âm đạo: 10 trường hợp.

Nhiễm trùng tử cung: 5 trường hợp

I.2 Tuân thủ

Tỷ lệ tuân thủ đầy đủ phác đồ: 80%

STT	THÔNG TIN	PHÙ HỢP	KHÔNG PHÙ HỢP	GHI CHÚ
A. NHIỄM KHUẨN TẦNG SINH MÔN, ÂM HỘ, ÂM ĐẠO				
1	Chẩn đoán	80	20	
2	Cắt chỉ tầng sinh môn nếu vết khâu tấy đỏ có mủ	90	10	
3	Vệ sinh tại chỗ hàng ngày bằng oxy già (nếu vết khâu có mủ), hoặc Povidone iodine (Betadine)	100	0	
4	Kháng sinh	100	0	
B. NHIỄM TRÙNG TỬ CUNG (bao gồm viêm nội mạc tử cung, viêm cơ tử cung, viêm mô quang tử cung...)				
5	Chẩn đoán	80	20	
6	Kháng sinh phổ rộng: Chọn lựa 1 <ul style="list-style-type: none">Nhiễm trùng tử cung không nặng (sau sinh ngã AD):<ul style="list-style-type: none">- Amoxicilin-acid clavulanic 625mg uống 1 viên x 3 lần/ngày x 5 ngàyNhiễm trùng tử cung sau mổ:<ul style="list-style-type: none">- Amoxicilin-acid clavulanic 1,2 g x 3 lần/ngày (TM) trong 7 ngày + Gentamicin 80mg/2 ml 3 - 5 mg/kg/ngày (TB/Truyền TM) trong 7 ngày.			

	<p>- Hoặc Amoxicilin-acid clavulanic 1,2 g x 3 lần/ngày (TM) trong 7 ngày + Metronidazol 500 mg/100 ml 1 chai x 2 - 3 lần/ngày (Truyền TM) trong 7 ngày</p> <p>- Hoặc Cephalosporin thế hệ 3 (Cefotaxim hoặc Ceftriaxon hoặc Ceftazidim) + Metronidazol 500 mg/100 ml 1 chai x 2 - 3 lần/ngày (Truyền TM) trong 7 ngày.</p> <p>- Hoặc Clindamycin 600 - 900 mg mỗi 8 giờ (TB/Truyền TM) + Gentamicin 80 mg/2 ml 3 - 5 mg/kg/ngày (TB/Truyền TM) trong 7 ngày. Clindamycin: các liều tiêm bắp đơn độc không được lớn hơn 600 mg Chọn lựa 2: nhiễm trùng nặng, kéo dài, không đáp ứng điều trị trên</p> <p>- Ticarcilin-acid clavulanic 3,2 g x 3 - 4 lần/ngày (Truyền TM) + Amikacin 500 mg 15 mg/kg/ngày (TB/Truyền TM), có thể kết hợp thêm Metronidazol 500 mg/100 ml 1 chai x 2 - 3 lần/ngày (Truyền TM) trong 7 ngày.</p> <p>- Hoặc Piperacilin-tazobactam 4,5 g x 3 - 4 lần/ngày (Truyền TM) + Amikacin 500 mg 15 mg/kg/ngày (TB/Truyền TM), có thể kết hợp thêm Metronidazol 500 mg/100ml 1 chai x 2 - 3 lần/ngày (Truyền TM) trong 7 ngày.</p>			
	Loại kháng sinh:	80	20	
	Liều kháng sinh	80	20	
7	<p>Chỉ định CRP Nghi ngờ có ổ nhiễm trùng, có ít nhất 2 trong 4 tiêu chuẩn sau: + Nhiệt độ cơ thể <math><36^{\circ}\text{C}</math> hoặc <math>>38,3^{\circ}\text{C}</math> + Nhịp tim nhanh <math>\geq 90</math> lần/phút + Nhịp thở >22 lần/phút hoặc PaCO₂ <math><32</math> mmHg + Bạch cầu máu >12x10⁹/L hoặc <math><4</math>x10⁹/L hoặc >10% bạch cầu non</math></p>			
	Chỉ định CRP	100	0	
8	<p>Chỉ định Procalcitonin Chẩn đoán và theo dõi tình trạng nhiễm trùng nặng khi có một trong những dấu hiệu sau đây: + Điểm suy đa tạng (SOFA) >2 (đính kèm thang điểm SOFA) + Nghi ngờ có ổ nhiễm trùng và có 2 trong 3 tiêu chuẩn: Nhịp thở >22 lần/phút, Glasgow <math><13</math> điểm, Huyết áp tâm thu <math><100</math> mmHg</p>			
	Chỉ định Procalcitonin	100	0	
9	Hút nạo lòng tử cung: khi sót nhau hoặc cần lấy sạch mô hoại tử để giải quyết tình trạng nhiễm trùng	80	20	
10	<p>Về cấy máu, sản dịch: Không chỉ định đồng thời “Vi khuẩn nhuộm soi”, “Vi khuẩn nuôi cấy và định danh hệ thống tự động”, “Vi</p>	80	20	

	khuẩn kháng thuốc trên hệ thống tự động (kháng sinh đồ)” (theo thông báo số 1706/TB-BVTD ngày 04/7/2019)			
--	--	--	--	--

II. NHẬN XÉT ĐÁNH GIÁ

II.1 Ưu điểm

- Tỷ lệ tuân thủ phác đồ “Nhiễm khuẩn hậu sản” tốt: 80%
- Tuân thủ các chỉ định xét nghiệm CRP và procalcitonin tốt.

2.2 Tồn tại

2.2.1. Nhiễm khuẩn tầng sinh môn, âm hộ, âm đạo

- Chưa chẩn đoán phù hợp các trường hợp nhiễm khuẩn tầng sinh môn (chiếm 20%), chưa đánh giá đúng tình hình nhiễm trùng tử cung và chưa có chẩn đoán sớm và phù hợp (chiếm 90%).

- Có 1/10 trường hợp có biểu hiện nhiễm trùng vết may tầng sinh môn, vết may có mủ, nề đỏ nhưng chưa chủ động cắt chỉ vết may sớm.

2.2.2. Nhiễm trùng tử cung

- Đa số chẩn đoán nhiễm trùng tử cung sau phẫu thuật mổ lấy thai là phù hợp và kịp thời (ngày 2-3 sau mổ) (chiếm 80%), có 1/5 trường hợp chẩn đoán muộn vào hậu phẫu ngày 5.

- Đa số các trường hợp có chỉ định sử dụng kháng sinh và liều kháng sinh phù hợp, 1/5 trường hợp sản phụ có tình trạng sốt trước mổ và bạch cầu tăng trước phẫu thuật nhưng chưa đánh giá đúng tình trạng nhiễm trùng sử dụng kháng sinh chưa phù hợp.

- 1/5 trường hợp hút buồng tử cung trễ so với chẩn đoán.

2.3 Kết luận

- Đa số các trường hợp nhiễm trùng tử cung có bệnh nặng kèm theo nên cần lưu ý theo dõi sát các trường hợp này để phát hiện sớm các trường hợp nhiễm trùng hậu sản, hậu phẫu.

- Các chủng vi sinh gây nhiễm trùng hậu sản, hậu phẫu thường gặp: E. Coli và Staphylococcus đa kháng nên cần lưu ý sử dụng kháng sinh đúng loại và đủ liều./.

TRƯỞNG PHÒNG



BSC.KII. Trần Văn Sỹ

