

HƯỚNG DẪN**Nhiễm khuẩn vết mổ**

*(Ban hành kèm theo Quyết định số /QĐ-BVHV ngày 23/5/2014
của giám đốc bệnh viện Hùng Vương)*

1. GIỚI THIỆU**1.1 Định nghĩa**

Nhiễm khuẩn vết mổ (NKVM) là những nhiễm khuẩn tại vị trí phẫu thuật trong thời gian từ khi mổ cho đến 30 ngày sau mổ [1,2].

Theo CDC: nhiễm khuẩn vết mổ là bệnh lý xảy ra khi có sự tăng sinh của vi sinh vật gây bệnh tại vị trí rạch da hoặc niêm mạc được thực hiện bởi bác sĩ phẫu thuật.

1.2 Tần suất mắc [1,2]

- Tại Việt Nam, NKVM xảy ra ở 5%-10%
- Thường gặp nhất, với số lượng lớn 2 trong các loại nhiễm khuẩn bệnh viện
- Khoảng trên 90% NKVM thuộc loại nông và sâu

1.3 Yếu tố nguy cơ [1]*1.3.1 Yếu tố người bệnh*

- Đang mắc nhiễm khuẩn
- Tiểu đường
- Nghiện thuốc lá
- Suy giảm miễn dịch
- Béo phì hoặc suy dinh dưỡng
- Nằm lâu trong bệnh viện trước mổ
- Tình trạng người bệnh trước phẫu thuật càng nặng thì nguy cơ NKVM càng cao. Theo phân loại của Hội Gây Mê Hoa Kỳ người bệnh phẫu thuật có điểm ASA (American Society of Anesthesiologists) 4 điểm và 5 điểm có tỷ lệ NKVM cao nhất.

1.3.2 Yếu tố môi trường

- Vệ sinh ngoại khoa không đủ

1.3.3 Yếu tố phẫu thuật

- Thời gian phẫu thuật
- Loại phẫu thuật
- Thao tác phẫu thuật

1.3.4 Yếu tố vi sinh vật

- Mức độ ô nhiễm, độc lực và tính kháng kháng sinh của vi khuẩn

2. PHÂN LOẠI THEO CDC [5]

2.1 Nhiễm khuẩn vết mổ nông

Phải thỏa mãn các tiêu chuẩn sau:

- Nhiễm khuẩn xảy ra trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật
- Và chỉ xuất hiện ở vùng da hay vùng dưới da tại đường mổ
- Và có ít nhất một trong các triệu chứng sau:
 - + Chảy mủ từ vết mổ nông
 - + Phân lập vi khuẩn từ cấy dịch hay mô được lấy vô trùng từ vết mổ
 - + Có ít nhất một trong những dấu hiệu hay triệu chứng sau: đau, sưng, nóng, đỏ và cần mở bung vết mổ, trừ khi cấy vết mổ âm tính
 - + Bác sĩ chẩn đoán nhiễm khuẩn vết mổ nông

2.2 Nhiễm khuẩn vết mổ sâu

Phải thỏa mãn các tiêu chuẩn sau:

- Nhiễm khuẩn xảy ra trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật
- Và xảy ra ở mô mềm sâu (cân/cơ) của đường mổ
- Và có ít nhất một trong các triệu chứng sau:
 - + Chảy mủ từ vết mổ sâu nhưng không từ cơ quan hay khoang nơi phẫu thuật
 - + Vết thương hở da sâu tự nhiên hay do phẫu thuật viên mở vết thương khi bệnh nhân có ít nhất một trong các dấu hiệu hay triệu chứng sau: sốt > 38°C, đau, sưng, nóng, đỏ
 - + Absces hay bằng chứng nhiễm khuẩn vết mổ sâu qua thăm khám, phẫu thuật lại, Xquang hay giải phẫu bệnh
 - + Bác sĩ chẩn đoán NKVM sâu

3. TÁC NHÂN GÂY BỆNH

- Group A or B beta-hemolytic streptococcus [11]
- Staphylococcus epidermidis hoặc aureus, Escherichia coli, Proteus mirabilis, hoặc chủng vi khuẩn cervicovaginal [8], [5], [10], [9]

4. TRIỆU CHỨNG

4.1 Triệu chứng toàn thân

- Nhiễm khuẩn nhẹ, triệu chứng toàn thân ít ảnh hưởng
- Nhiễm khuẩn nặng có thể có các triệu chứng sau đây:
 - + Sốt
 - + Vẻ mặt hốc hác, môi khô, lưỡi bẩn

4.2 Triệu chứng tại chỗ

- Nổi bật nhất là bốn triệu chứng của viêm: sưng, nóng, đỏ, đau
- Bốn triệu chứng trên xuất hiện ở thời kỳ đầu của nhiễm khuẩn, nếu điều trị hợp lý thì có thể mất đi hoặc tiến sang thời kỳ có mủ
- Triệu chứng chắc chắn là khi chọc dò thấy có mủ
- Nếu nhiễm trùng nông: vết mổ sưng, đỏ. Nhiễm trùng nông có thể dẫn đến áp-xe dưới da nếu không được phát hiện sớm
- Nhiễm trùng sâu (nhiễm trùng trong lớp cân cơ thành bụng) thường chỉ được chẩn đoán khi đã hình thành áp-xe trong thành bụng

4.3 Cận lâm sàng

- Huyết đồ: số lượng bạch cầu tăng cao, bạch cầu đa nhân trung tính có thể trên 80%
- Soi tươi bệnh phẩm có thể tìm thấy vi khuẩn gây bệnh. Lấy dịch vết mổ nuôi cấy vi trùng làm kháng sinh đồ
- CRP, Procalcitonin, siêu âm

5. ĐIỀU TRỊ [5][14]

- Cắt mồi chỉ để hở vết mổ cho thoát dịch, mủ
- Rửa sạch vết mổ, đặt penrose, thay băng ngày 2 lần
- Kháng sinh theo kháng sinh đồ
- Cắt lọc vết thương
- Giảm đau
- Hạ sốt
- Bù đủ nước điện giải

5.1 Cắt mồi chỉ để hở vết mổ cho thoát dịch, mủ

5.2 Rửa sạch vết mổ, đặt penrose, thay băng ngày 2 lần

- Với vết mổ chảy dịch/nhiễm khuẩn: [1]
 - + Lau rửa xung quanh vết mổ bằng nước muối sinh lý từ trên xuống dưới, từ trong ra ngoài
 - + Thấm dịch và loại bỏ chất bẩn tại vết mổ bằng ôxy già, sau đó rửa lại bằng nước muối sinh lý
 - + Thấm khô và ấn kiểm tra vết mổ với vết mổ có nhiều dịch
 - + Sát khuẩn vết mổ
 - + Rửa chân dẫn lưu (nếu có)
- Che phủ nhẹ vết mổ bằng gạc ẩm vô khuẩn và thay mỗi ngày

5.3 Lựa chọn kháng sinh điều trị [14][15]

- Điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm:
 - + Nên bao phủ các tác nhân gây nhiễm

- + Tình trạng lâm sàng
- + Tiền sử kháng sinh, dị ứng và vi sinh gần đây
- + Nên bao gồm *S. aureus*, đó là nguyên nhân phổ biến nhất
- Nếu SSI xảy ra sau khi phẫu thuật sạch bị nhiễm có liên quan đến bề mặt niêm mạc cần được điều trị kháng sinh chống lại vi khuẩn kỵ khí
- Tất cả các điều trị kháng sinh nên được xem xét diễn tiến lâm sàng của họ sau khi kết quả cấy đã được báo cáo. (NICE 2011)

5.3.1 Nhiễm khuẩn vết mổ nông:

- Nhiễm trùng vết thương liên quan đến viêm mô tế bào đơn độc có thể được điều trị bằng của thuốc kháng sinh mà không dẫn lưu
- Nhiễm khuẩn vết mổ nông: có thể đáp ứng với thoát mủ (ví dụ, bằng loại bỏ chỉ khâu) mà không dùng kháng sinh
- Nếu cần điều trị kháng sinh:
 - + Flucloxacillin 500 mg uống 1 viên x 4 lần/ngày/5 ngày; hoặc
 - + Doxycycline 100 mg 1 viên x 2 lần/ngày/5 ngày nếu dị ứng với Penicillin hoặc có khả năng MRSA, và
 - + Metronidazole PO 250 mg 2 viên x 3 lần/ngày trong 7 ngày

5.3.2 Nhiễm khuẩn vết mổ sâu:

- Nhiễm khuẩn lan rộng vào mô lân cận hoặc các dấu hiệu toàn thân
- Nếu bệnh nhân không có tiền sử nhiễm MRSA hoặc bị đề kháng thuốc:[12][5]
 - + Flucloxacillin IV 1-2 g 1 lọ x 4 lần/ngày/5-7 ngày (chuyển sang Flucloxacillin uống 1 g 4 lần/ngày khi đủ tiêu chuẩn uống), và
 - + Metronidazole TTM 500 mg: 1 chai x 3 lần/ngày, hoặc
 - + Vancomycin TTM 1-2 g 1 lọ x 4 lần/ngày/5-7 ngày nếu biết MRSA
- Trong trường hợp dị ứng Penicillin:
 - + Clindamycin TTM (Dalacin C 300 mg) x 2 lần/ngày trong 7 ngày, và
 - + Metronidazole TTM 500 mg 1 chai x 3 lần/ngày trong 7 ngày

5.4 Cắt lọc vết thương

Cắt lọc vết thương để lấy đi các mô chết, may lại khi vết mổ đã sạch, mọc mô hạt. khoảng 4-5 ngày [14]

5.5 Giảm đau

5.6 Hạ sốt

- Sốt nhẹ 37,5-38°C không cần sử dụng các biện pháp giảm sốt.
- Sốt cao (39-40°C), giảm sốt bằng nhiều cách:
 - + Chườm mát vùng trán, nách, bẹn
 - + Dùng thuốc hạ sốt
 - + Tắm nước ấm 32-35°C

5.7 Bù đủ nước điện giải

- Kiểm soát nghiêm ngặt lượng nước đưa vào và thải ra
- Theo dõi nước tiểu phát hiện tình trạng thiếu niệu, vô niệu, đồng thời bù đủ nước điện giải cho người bệnh qua đường uống hoặc truyền tĩnh mạch

6. THEO DÕI VÀ TIÊN LƯỢNG

- Khi điều trị bằng kháng sinh, bệnh nhân được theo dõi WBC, CRP để xem xét sự cải thiện tình trạng lâm sàng. Điều chỉnh theo kháng sinh đồ, huyết đồ, CRP. Sau 48 g đánh giá lại:
 - + Đáp ứng cận lâm sàng: Huyết đồ, CRP giảm
 - + Đáp ứng lâm sàng: Sau điều trị triệu chứng giảm
- Việc chăm sóc được coi là có kết quả khi:
 - + Toàn trạng người bệnh tiến triển tốt: Người bệnh tỉnh táo, hơi thở không hôi, môi không khô, mạch huyết áp ổn định, sốt giảm dần và sau đó hết sốt
 - + Nhiễm khuẩn vết mổ giảm:
 - Các triệu chứng sưng, nóng, đỏ, đau giảm và hết dần
 - Vết mổ lên tổ chức hạt tốt, vết mổ liền sẹo tốt
- Thất bại điều trị [15]:
 - + Nếu bệnh nhân viêm mô tế bào lan rộng nhanh mặc dù được điều trị kháng sinh, bệnh nhân nên được đánh giá khẩn cấp tìm những dấu hiệu và triệu chứng của viêm hoại tử cân. Điều này sẽ là chỉ định cho phẫu thuật thăm dò và loại bỏ các mô hoại tử nhiễm bệnh. Gửi gấp mẫu bệnh phẩm cho nhà vi trùng học và thảo luận với nhà vi sinh vật học
 - + Xem xét lâm sàng bằng chứng về lý do không do nhiễm trùng vết thương: dinh dưỡng kém hoặc các vấn đề phẫu thuật cơ bản (ví dụ: sự tụ mủ, rò rỉ miệng nối hoặc dị vật)

7. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Bộ Y Tế (2012), “Hướng dẫn phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ bệnh viện”. Hướng dẫn chuẩn quốc gia.
2. Bộ Y Tế (2012), “Biện pháp thực hành phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ”. Hướng dẫn chuẩn quốc gia.

Tiếng Anh

3. WHO, “Prevention and management of wound infection”. Guidance from WHO’s Department of Violence and Injury Prevention and Disability and the Department of Essential Health Technologies.
4. European Wound Management Association, “Clinical stage for determining a therapeutic strategy”. Management of wound infection
5. National Collaborating Centre for Women’s and Childrent’s Health. Surgical site infection. Clinical guideline, 2008.

6. National Institute for Health and Clinical Excellence, "Prevention and treatment of surgical site infection". Surgical site infection.
7. Disease Control Prevention, "Wound infection".
8. (SSI) Toolkit - Centers for Disease Control and Prevention
9. Danh sách kháng sinh đồ khảo sát tại bv Hùng Vương 2010-2013
10. Cesarean delivery Postoperative Care Uptodate 10.3
11. Dr Vivienne Weston, Annette Clarkson, Dr Jane Rutherford, Dr A Simm, Dr V Kamdem, Guideline for antibiotics in obstetrics, Feb 2009, will update 2011 infected Caesarean Wounds/ Perineal Tear Or Episiotomy
12. Abdominal surgical incisions: Prevention and treatment of complications, Literature review current through: Mar 2013. This topic last updated: Oct 11, 2012.
13. Guideline for the Diagnosis and Treatment of Surgical Wound Infection in Adults. Nottingham Antimicrobial Guidelines Committee written September 2013

GIÁM ĐỐC

Nguyễn Văn Trương

TÓM TẮT

