

TUÂN THỦ SỬ DỤNG KHÁNG SINH DỰ PHÒNG TRONG PHẪU THUẬT TẠI TRUNG TÂM Y TẾ KHU VỰC THUẬN AN NĂM 2025

Nguyễn Quốc Định^{1*}, Nguyễn Văn Lâm²,
Nguyễn Hồng Chương³ và Lê Ngọc Long⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ tuân thủ sử dụng và phân tích một số yếu tố liên quan đến việc không tuân thủ quy định sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật tại Trung tâm Y tế khu vực Thuận An năm 2025.

Phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang có phân tích, hồi cứu 217 hồ sơ bệnh án của người bệnh từ 18 tuổi trở lên được phẫu thuật sạch hoặc sạch - nhiễm có chỉ định kháng sinh dự phòng tại các khoa ngoại từ ngày 01/8/2025 đến ngày 30/11/2025. Hồ sơ được chọn ngẫu nhiên hệ thống từ 464 hồ sơ đủ điều kiện. Tuân thủ chung được xác định khi đạt đồng thời sáu tiêu chí: chỉ định, loại kháng sinh, đường dùng, liều dùng, thời điểm đưa liều đầu và thời gian sử dụng sau phẫu thuật. Hồi quy logistic đa biến được sử dụng để ước tính tỷ số chênh hiệu chỉnh (aOR) và khoảng tin cậy 95% (KTC 95%).

Kết quả: Trong 217 trường hợp có chỉ định, 205 trường hợp được sử dụng kháng sinh dự phòng (94,5%). Trong 205 trường hợp này, tỷ lệ đạt từng tiêu chí lần lượt là: lựa chọn loại kháng sinh 57,6%, đường dùng 98,0%, liều dùng 95,1%, thời điểm đưa liều đầu 53,2% và thời gian sử dụng 34,6%. Có 61/217 trường hợp đạt đủ sáu tiêu chí, tương ứng 28,1%. Phân tích đơn biến ghi nhận tỷ số chênh không tuân thủ cao hơn ở nam giới, người có bệnh kèm theo, vết mổ sạch, mổ nội soi và mổ cấp cứu ($p < 0,05$). Tuy nhiên, sau hiệu chỉnh đồng thời, chưa ghi nhận yếu tố nào còn liên quan độc lập với không tuân thủ ($p > 0,05$).

Kết luận: Tỷ lệ tuân thủ đầy đủ quy định sử dụng kháng sinh dự phòng còn thấp; hạn chế nổi bật nằm ở lựa chọn loại kháng sinh, thời điểm đưa liều đầu và thời gian sử dụng sau phẫu thuật. Các mối liên quan quan sát được trong phân tích đơn biến không còn ý nghĩa thống kê trong mô hình đa biến.

Từ khóa: kháng sinh dự phòng, tuân thủ, phẫu thuật, quản lý kháng sinh..

ADHERENCE TO SURGICAL ANTIMICROBIAL PROPHYLAXIS AT THUAN AN REGIONAL HEALTH CENTER IN 2025

ABSTRACT

Objective: To determine the adherence rate to surgical antimicrobial prophylaxis (SAP) and to analyze selected factors associated with non-adherence at Thuan An Regional Health Center in 2025.

Method: An analytical cross-sectional study retrospectively reviewed 217 medical records of patients aged 18 years or older who underwent clean or clean-contaminated surgery with an indication for SAP between 01/8/2025 and 30/11/2025. Records were selected by systematic random sampling from 464 eligible records. Overall adherence required fulfillment of all six criteria: indication, antimicrobial selection, route, dose (including redosing when indicated), timing of the first dose and postoperative duration. Multivariable logistic regression was used to estimate adjusted odds ratios (aOR) and 95% confidence intervals (95% CI).

Results: Among 217 indicated cases, SAP was administered in 205 (94.5%). Among these 205 cases, adherence was 57.6% for antimicrobial selection, 98.0% for route, 95.1% for dose, 53.2% for first-dose timing and 34.6% for duration. Overall, 61/217 cases met all six criteria (28.1%). Univariate analysis showed higher odds of non-adherence among male patients, patients with comorbidities, clean wounds, laparoscopic procedures and emergency surgery ($p < 0.05$). However, none remained independently associated with non-adherence after simultaneous adjustment ($p > 0.05$).

Conclusion: Full adherence to SAP guidelines was low, with the main gaps involving antimicrobial selection, first-dose timing and postoperative duration. Associations observed in univariate analyses were not statistically significant in the multivariable model.

Keywords: surgical antimicrobial prophylaxis, adherence, surgery, antimicrobial stewardship.

1. Trung tâm y tế Thuận An

2. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

3. Sở Y tế Thành phố Hồ Chí Minh

4. Bệnh viện Đa khoa Bình Dương

* Tác giả liên hệ: Nguyễn Quốc Định

Email: Drdinhys@gmail.com

Ngày nhận bài: 16/05/2026

Ngày phản biện: 17/07/2026

Ngày duyệt bài: 21/08/2026

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kháng sinh dự phòng (KSDP) trong phẫu thuật là biện pháp quan trọng nhằm giảm nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ khi được sử dụng đúng chỉ định. Hiệu quả phụ thuộc vào việc lựa chọn loại kháng sinh, đường dùng, liều dùng, thời điểm đưa liều đầu, tái liều khi cần thiết và thời gian ngừng thuốc. Tuân thủ đầy đủ quy định sử dụng KSDP có ý nghĩa trong bảo đảm nồng độ kháng sinh thích hợp tại mô khi phẫu thuật, nâng cao an toàn người bệnh, giảm nguy cơ kháng thuốc và chi phí điều trị [1], [2]. Các nghiên cứu trong nước ghi nhận tỷ lệ tuân thủ không đồng đều, một số bệnh viện đạt kết quả cao hơn sau khi chuẩn hóa phác đồ và triển khai chương trình quản lý sử dụng kháng sinh [3], [4].

Trung tâm Y tế khu vực Thuận An là bệnh viện hạng II thuộc Sở Y tế Thành phố Hồ Chí Minh, thực hiện khoảng 10 - 15 ca phẫu thuật mỗi ngày, bao gồm nhiều phẫu thuật sạch và sạch - nhiễm tại các khoa hệ ngoại. Tuy nhiên, trước nghiên cứu này, đơn vị chưa có số liệu đánh giá hệ thống về tình hình sử dụng và tỷ lệ tuân thủ từng tiêu chí KSDP, cũng chưa xác định rõ các yếu tố liên quan đến việc không tuân thủ. Kết quả nghiên cứu có thể cung cấp căn cứ cho lãnh đạo và các khoa chuyên môn hoàn thiện quy định, tổ chức giám sát, phân công trách nhiệm, duy trì phản hồi và từng bước chuẩn hóa việc sử dụng KSDP tại đơn vị. Xuất phát từ những vấn đề trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm xác định tỷ lệ tuân thủ sử dụng và phân tích một số yếu tố liên quan đến việc không tuân thủ quy định sử dụng KSDP trong phẫu thuật tại Trung tâm Y tế khu vực Thuận An

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

Người bệnh được phẫu thuật thuộc loại phẫu thuật sạch hoặc sạch - nhiễm có chỉ định sử dụng KSDP tại các khoa hệ ngoại của Trung tâm Y tế khu vực Thuận An, Thành phố Hồ Chí Minh từ ngày 01/8/2025 đến ngày 30/11/2025.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

Người bệnh từ 18 tuổi trở lên, đã được phẫu thuật thuộc loại phẫu thuật sạch hoặc sạch - nhiễm có chỉ định sử dụng KSDP, có hồ sơ bệnh án hoàn chỉnh với đầy đủ thông tin về nhân khẩu học, chẩn đoán, quá trình nằm viện và sử dụng kháng sinh trước, trong và sau phẫu thuật.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Người bệnh sử dụng kháng sinh đường tĩnh mạch trước khi nhập viện; hồ sơ bệnh án bị hư hỏng, tẩy xóa, thiếu trang hoặc không đủ dữ liệu cần thiết để đánh giá các tiêu chí sử dụng KSDP; người bệnh tử vong, chuyển viện hoặc trốn viện trước khi hoàn tất quá trình theo dõi hậu phẫu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang mô tả có phân tích.

2.2.2. Cỡ mẫu

Cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ:

$$n = Z_{(1-\alpha/2)}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó

n là cỡ mẫu; α là sai lầm loại I, chọn $\alpha = 0,05$ nên với độ tin cậy $1 - \alpha = 95\%$ thì $Z(1-\alpha/2) = 1,96$;

$p = 0,17$ là tỷ lệ tuân thủ đầy đủ các tiêu chí sử dụng KSDP tham khảo từ nghiên cứu của Vũ Trí Thanh và cộng sự (2022) tại Bệnh viện Thành phố Thủ Đức [5];

d là sai số mong muốn, chọn $d = 5\%$. Thay vào công thức, cỡ mẫu tối thiểu là 217 người bệnh.

2.2.3. Phương pháp chọn mẫu

Chúng tôi chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống. Thống kê hồ sơ bệnh án thỏa tiêu chuẩn lựa chọn tại đơn vị trong thời gian nghiên cứu ghi nhận 464 hồ sơ đủ điều kiện. Với cỡ mẫu cần thu thập là 217, khoảng cách mẫu được xác định theo công thức $k = N/n$, trong đó N là tổng số ca đủ điều kiện và n là cỡ mẫu cần lấy; kết quả tính được $k = 2,14$ nên chúng tôi chọn $k = 2$. Điểm xuất phát được chọn ngẫu nhiên trong khoảng từ 1 đến k , sau đó cứ mỗi ca thứ k kế tiếp được lựa chọn cho đến khi đạt đủ cỡ mẫu. Trường hợp một hồ sơ không đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn, hồ sơ liền kề được lựa chọn thay thế. Trường hợp người bệnh có nhiều cuộc mổ, chỉ tính cuộc mổ đầu tiên.

2.2.4. Nội dung nghiên cứu

Đặc điểm chung của đối tượng: tuổi, giới tính, bệnh kèm theo.

Đặc điểm cuộc phẫu thuật: loại vết mổ, phương pháp mổ, hình thức mổ, thời gian phẫu thuật.

Tuân thủ quy định sử dụng KSDP đánh giá theo Hướng dẫn sử dụng kháng sinh Bộ Y tế 2015 [2]: tỷ lệ tuân thủ từng tiêu chí chỉ định, loại kháng sinh, đường dùng, liều dùng, thời điểm đưa liều đầu, thời gian sử dụng sau phẫu thuật và tỷ lệ tuân thủ chung.

Yếu tố liên quan đến không tuân thủ: mối liên quan giữa đặc điểm người bệnh và đặc điểm cuộc phẫu thuật với không tuân thủ chung, qua phân tích đơn biến và đa biến.

2.2.5. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được làm sạch, nhập bằng EpiData 3.1 và phân tích bằng Stata 15.0. Biến định tính trình bày bằng tần số và tỷ lệ phần trăm; biến định lượng trình bày bằng trung bình và độ lệch chuẩn hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị tùy phân phối. Mối liên quan giữa không tuân thủ KSDP với các biến độc lập được kiểm định bằng chi bình phương

(hoặc kiểm định chính xác Fisher khi không thỏa điều kiện) và trình bày bằng OR với khoảng tin cậy 95%. Các biến có $p < 0,05$ ở đơn biến được đưa vào mô hình hồi quy logistic đa biến để ước tính aOR. Ngưỡng ý nghĩa thống kê là $p < 0,05$.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Trường Đại học Y Dược Cần Thơ chấp thuận theo Quyết định số 25.572.HV/PCT-HĐĐĐ. Số liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án, mã hóa và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu, bảo đảm bí mật thông tin người bệnh.

III. KẾT QUẢ

3.1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=217)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	18 - 60 tuổi	192	88,5
	>60 tuổi	25	11,5
Giới tính	Nam	83	38,2
	Nữ	134	61,8
Bệnh kèm theo	Có	71	32,7
	Không	146	67,3
Loại vết mổ	Vết mổ sạch	95	43,8
	Vết mổ sạch - nhiễm	122	56,2
Phương pháp mổ	Mổ mở	178	82,0
	Mổ nội soi	39	18,0
Hình thức mổ	Mổ cấp cứu	43	19,8
	Mổ chương trình	174	80,2
Thời gian mổ	≤60 phút	177	81,6
	>60 phút	40	18,4

Nhóm người cao tuổi chiếm 11,5%, nữ giới chiếm 61,8% và 32,7% người bệnh có bệnh kèm theo. Mổ chương trình chiếm đa số với 80,2% so với mổ cấp cứu là 19,8%; tỷ lệ mổ mở là 82,0% so với mổ nội soi là 18,0%. Tỷ lệ vết mổ sạch - nhiễm là 56,2% và vết mổ sạch là 43,8%. Thời gian mổ ≤60 phút chiếm đa số với 81,6%.

3.2. Tuân thủ quy định sử dụng kháng sinh dự phòng

Bảng 2. Tỷ lệ tuân thủ các tiêu chí sử dụng kháng sinh dự phòng

Tiêu chí đánh giá	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Chỉ định dùng (n=217)	205	94,5
Loại kháng sinh (n=205)	118	57,6
Đường dùng (n=205)	201	98,0
Liều dùng (n=205)	195	95,1
Thời điểm đưa liều đầu (n=205)	109	53,2
Thời gian sử dụng (n=205)	71	34,6
Tuân thủ chung (n=217)	61	28,1

Trong 217 trường hợp có chỉ định KSDP, 205 trường hợp được sử dụng KSDP nên tỷ lệ tuân thủ tiêu chí chỉ định là 94,5%. Trong 205 trường hợp có sử dụng KSDP, tỷ lệ tuân thủ cao nhất là đường dùng

tiêm tĩnh mạch với 98,0%, tiếp đến là liều dùng đạt 95,1%; tỷ lệ tuân thủ loại kháng sinh phù hợp thấp hơn với 57,6%, thời điểm đưa liều đầu đạt 53,2% và thấp nhất là thời gian sử dụng chỉ đạt 34,6%. Có 61 trường hợp tuân thủ đủ sáu tiêu chí trên toàn bộ cỡ mẫu, tương ứng tỷ lệ tuân thủ chung là 28,1%.

3.3. Yếu tố liên quan đến việc không tuân thủ quy định sử dụng kháng sinh dự phòng

Bảng 3. Đặc điểm của người bệnh liên quan đến không tuân thủ kháng sinh dự phòng (n=217)

Đặc điểm		Không tuân thủ (n=156)		Tuân thủ (n=61)		OR (KTC 95%)	p
		n	%	n	%		
Nhóm tuổi	≤60 tuổi	134	69,8	58	30,2	1	-
	>60 tuổi	22	88,0	3	12,0	3,174 (0,914 - 11,024)	0,057*
Giới tính	Nữ	89	66,4	45	33,6	1	-
	Nam	67	80,7	16	19,3	2,117 (1,102 - 4,066)	0,023*
Bệnh kèm theo	Không	98	67,1	48	32,9	1	-
	Có	58	81,7	13	18,3	2,185 (1,092 - 4,372)	0,025*

(*) Kiểm định chi bình phương (χ^2); (**) Kiểm định chính xác Fisher.

Nghiên cứu không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức độ không tuân thủ KSDP theo nhóm tuổi ($p>0,05$). Tỷ lệ không tuân thủ ở nam giới là 80,7%, cao hơn nữ giới 66,4%, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $OR=2,117$ (KTC 95%: 1,102 - 4,066; $p=0,023$). Bệnh kèm theo cũng có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với không tuân thủ KSDP ($OR=2,185$; KTC 95%: 1,092 - 4,372; $p=0,025$).

Bảng 4. Đặc điểm của cuộc phẫu thuật liên quan đến không tuân thủ kháng sinh dự phòng (n=217)

Đặc điểm		Không tuân thủ (n=156)		Tuân thủ (n=61)		OR (KTC 95%)	p
		n	%	n	%		
Loại vết mổ	Sạch - nhiễm	78	63,9	44	36,1	1	-
	Sạch	78	82,1	17	17,9	2,588 (1,362 - 4,917)	0,003*
Phương pháp mổ	Mổ mở	122	68,5	56	31,5	1	-
	Mổ nội soi	34	87,2	5	12,8	3,121 (1,159 - 8,406)	0,019*
Hình thức mổ	Mổ chương trình	118	67,8	56	32,2	1	-
	Mổ cấp cứu	38	88,4	5	11,6	3,607 (1,347 - 9,660)	0,007*
Thời gian phẫu thuật	≤60 phút	129	72,9	48	27,1	1	-
	>60 phút	27	67,5	13	32,5	0,773 (0,369 - 1,620)	0,494*

(*) Kiểm định chi bình phương (χ^2); (**) Kiểm định chính xác Fisher.

Các yếu tố có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với không tuân thủ KSDP ở phân tích đơn biến gồm: vết mổ sạch so với vết mổ sạch - nhiễm ($OR=2,588$; KTC 95%: 1,362 - 4,917; $p=0,003$), mổ nội soi so với mổ mở ($OR=3,121$; KTC 95%: 1,159 - 8,406; $p=0,019$) và mổ cấp cứu so với mổ chương trình ($OR=3,607$; KTC 95%: 1,347 - 9,660; $p=0,007$).

Bảng 5. Phân tích hồi quy logistic đa biến các yếu tố liên quan đến không tuân thủ kháng sinh dự phòng

Biến số		OR (KTC 95%)	p	aOR (KTC 95%)	p
Giới tính	Nữ	1	-	1	-
	Nam	2,117 (1,102 - 4,066)	0,023	0,925 (0,329 - 2,603)	0,882
Bệnh kèm theo	Không	1	-	1	-
	Có	2,185 (1,092 - 4,372)	0,025	1,043 (0,429 - 2,533)	0,927
Loại vết mổ	Sạch - nhiễm	1	-	1	-
	Sạch	2,588 (1,362 - 4,917)	0,003	0,826 (0,183 - 3,728)	0,803
Phương pháp mổ	Mổ mở	1	-	1	-
	Mổ nội soi	3,121 (1,159 - 8,406)	0,019	0,788 (0,123 - 5,062)	0,802

Biến số		OR (KTC 95%)	p	aOR (KTC 95%)	p
Hình thức mổ	Mổ chương trình	1	-	1	-
	Mổ cấp cứu	3,607 (1,347 - 9,660)	0,007	1,607 (0,194 - 13,288)	0,660

Sau khi phân tích đa biến bằng mô hình hồi quy logistic, các yếu tố không còn duy trì mối liên quan có ý nghĩa thống kê độc lập với không tuân thủ sử dụng KSDP ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu ghi nhận 94,5% trường hợp có chỉ định đã được sử dụng KSDP, nhưng tỷ lệ tuân thủ chung cả sáu tiêu chí chỉ đạt 28,1%, cho thấy việc chỉ định tương đối tốt chưa đồng nghĩa với tuân thủ toàn bộ quy trình. Kết quả này cao hơn nghiên cứu tại Bệnh viện Thành phố Thủ Đức năm 2021 với 17,0% [5], nhưng thấp hơn nhiều báo cáo tại các bệnh viện khác, ví dụ Bệnh viện Thống Nhất là 59,3% [3] hay Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Time City là 60,5% [7]. Khác biệt này có thể liên quan đến việc các đơn vị nêu trên đều đã triển khai chương trình quản lý kháng sinh với giám sát và báo cáo phản hồi việc sử dụng kháng sinh thường xuyên, đầy đủ hơn.

Tiêu chí lựa chọn loại kháng sinh phù hợp đạt 57,6%. Tỷ lệ này phù hợp với các nghiên cứu khác trong nước đã mô tả tình trạng sử dụng cephalosporin thế hệ cao hoặc phối hợp kháng sinh trong phẫu thuật sạch và sạch - nhiễm [7]. Tuy nhiên, nghiên cứu hồi cứu này không thu thập lý do ra quyết định của bác sĩ nên không quy kết kết quả cho kiến thức, thái độ hay tâm lý kê đơn.

Thời điểm đưa liều đầu phù hợp đạt 53,2%. Việc hoàn tất đưa thuốc trước rạch da nhằm bảo đảm nồng độ kháng sinh thích hợp tại mô khi nguy cơ nhiễm khuẩn bắt đầu [1], [2]. Mức tuân thủ này gợi ý cần tiếp tục rà soát quy trình phối hợp giữa các bộ phận liên quan. Dữ liệu hiện có chỉ xác định thuốc được đưa đúng hay không đúng cửa sổ thời gian mà chưa đo lường các nguyên nhân vận hành, do đó các giải pháp như chuẩn hóa mốc giờ, phân công người chịu trách nhiệm và kiểm tra trong bảng kiểm cần được đánh giá bằng nghiên cứu can thiệp.

Thời gian sử dụng kháng sinh sau phẫu thuật là tiêu chí chỉ đạt 34,6%. Việc kéo dài KSDP quá thời hạn khi không có chỉ định điều trị nhiễm khuẩn đã được ghi nhận ở nhiều nghiên cứu và là mục tiêu quan trọng của chương trình quản lý kháng sinh [2], [4]. Kết quả của chúng tôi phù hợp với nhận định rằng tuân thủ thời gian ngừng thuốc thường

thấp hơn các tiêu chí kỹ thuật như đường dùng và liều dùng.

Về các yếu tố liên quan, tỷ lệ không tuân thủ ở nam là 80,7%, cao hơn nữ 66,4% ($OR=2,117$; KTC 95%: 1,102 - 4,066; $p=0,023$); sau hiệu chỉnh, giới tính không còn ý nghĩa thống kê ($aOR=0,925$; $p=0,882$) và có thể chỉ phản ánh khác biệt về cơ cấu chuyên khoa hoặc loại phẫu thuật [4]. Người bệnh có bệnh kèm theo có tỷ lệ không tuân thủ 81,7%, cao hơn nhóm không có bệnh kèm theo 67,1% ($OR=2,185$; KTC 95%: 1,092 - 4,372; $p=0,025$), tương đồng với xu hướng trong nghiên cứu của Van Tuong và cộng sự [8]; sau hiệu chỉnh, yếu tố này không còn ý nghĩa thống kê ($aOR=1,043$; $p=0,927$) nhưng vẫn gợi ý cần giám sát sử dụng KSDP ở người bệnh có bệnh nền tại đơn vị.

Nhóm vết mổ sạch có tỷ lệ không tuân thủ 82,1%, cao hơn nhóm sạch - nhiễm 63,9% ($OR=2,588$; KTC 95%: 1,362 - 4,917; $p=0,003$) và không còn ý nghĩa thống kê sau hiệu chỉnh ($aOR=0,826$; $p=0,803$). Kết quả chưa chứng minh vết mổ sạch là yếu tố liên quan độc lập nhưng gợi ý cần rà soát KSDP theo từng loại phẫu thuật sạch, tránh bỏ sót khi có chỉ định và hạn chế sử dụng không phù hợp hoặc kéo dài [5]. Tỷ lệ không tuân thủ ở mổ nội soi là 87,2%, cao hơn mổ mở 68,5% ($OR=3,121$; KTC 95%: 1,159 - 8,406; $p=0,019$) và cũng mất ý nghĩa sau hiệu chỉnh ($aOR=0,788$; $p=0,802$); nhóm nội soi chỉ có 39 trường hợp với 5 trường hợp tuân thủ nên ước lượng còn hạn chế. Mổ cấp cứu có tỷ lệ không tuân thủ 88,4%, cao hơn 67,8% ở mổ chương trình ($OR=3,607$; KTC 95%: 1,347 - 9,660; $p=0,007$), sau hiệu chỉnh không còn ý nghĩa thống kê ($aOR=1,607$; KTC 95%: 0,194 - 13,288; $p=0,660$); kết quả đơn biến này tương đồng với nghiên cứu của Vũ Trí Thanh và cộng sự [5].

Các mối liên quan đơn biến mất ý nghĩa thống kê sau hiệu chỉnh đa biến có thể do các yếu tố liên quan lẫn nhau, số trường hợp tuân thủ ở một số phân nhóm còn ít và khoảng tin cậy của aOR rộng, vì vậy nghiên cứu chưa xác định được yếu tố độc lập. Tuy nhiên, kết quả đơn biến vẫn định hướng

cơ sở ưu tiên khảo sát mổ cấp cứu, mổ nội soi, vết mổ sạch và người bệnh có bệnh kèm theo, từ đó xác định tiêu chí không đạt chủ yếu để lựa chọn biện pháp can thiệp phù hợp nhằm nâng cao tỷ lệ tuân thủ.

Nghiên cứu có một số hạn chế. Thiết kế hồi cứu tại một cơ sở phụ thuộc vào chất lượng và mức độ đầy đủ của ghi chép trong hồ sơ bệnh án. Tiêu chí tuân thủ chung yêu cầu đạt đồng thời sáu thành phần nên chỉ cần không đạt một thành phần đã được xếp là không tuân thủ, làm tỷ lệ chung thấp hơn từng tiêu chí riêng. Nghiên cứu không khảo sát kiến thức, thái độ và hành vi của nhân viên y tế. Một số ước lượng trong mô hình đa biến có khoảng tin cậy 95% rộng, cho thấy độ chính xác còn hạn chế và không loại trừ khả năng còn nhiều dư từ các yếu tố chưa được thu thập hoặc chưa đưa vào mô hình. Cuối cùng, nghiên cứu không đo lường nhiễm khuẩn vết mổ hay các kết cục lâm sàng nên không suy luận quan hệ nhân quả giữa tuân thủ và hiệu quả điều trị.

V. KẾT LUẬN

Trong 217 trường hợp phẫu thuật sạch hoặc sạch - nhiễm có chỉ định KSDP tại Trung tâm Y tế khu vực Thuận An, 94,5% được sử dụng KSDP và 28,1% tuân thủ đầy đủ cả sáu tiêu chí. Đường dùng và liều dùng có tỷ lệ đạt cao, trong khi các tiêu chí còn hạn chế là lựa chọn loại kháng sinh, thời điểm đưa liều đầu và thời gian sử dụng sau phẫu thuật. Nam giới, bệnh kèm theo, vết mổ sạch, mổ nội soi và mổ cấp cứu có liên quan với không tuân thủ trong phân tích đơn biến, nhưng chưa ghi nhận yếu tố nào liên quan độc lập sau phân tích đa biến.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization.** 2016. Global guidelines for the prevention of surgical site infection. World Health Organization.
2. **Bộ Y tế.** 2015. Hướng dẫn sử dụng kháng sinh (Ban hành kèm theo Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 02/3/2015). Bộ Y tế.
3. **Võ Mỹ Huyền, Nguyễn Thái Thiên Kim, Nguyễn Thị Uyên và cộng sự.** 2025. Khảo sát việc sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật sạch, sạch - nhiễm tại Bệnh viện Thống Nhất. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 28, 22-30.
4. **Pham H.T., Mai-Phan T.A., Nguyen A.D. và cộng sự.** 2024. Antimicrobial stewardship program for gastrointestinal surgeries at a Vietnamese tertiary hospital. *Frontiers in Medicine*. 11, 1345698.
5. **Vũ Trí Thanh, Lê Đức Dũng, Nguyễn Xuân Chi và cộng sự.** 2022. Thực trạng tuân thủ quy định sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật của nhân viên y tế tại Bệnh viện Thành phố Thủ Đức, Thành phố Hồ Chí Minh năm 2021. Tạp chí Y học Cộng đồng. 64, 194-201.
6. **Nguyen H.T., Bui Q.T.H., Vo T.V.** 2022. Antibiotic use in gastrointestinal surgery patients at a Vietnamese national hospital. *BMC Gastroenterology*. 22(1), 480.
7. **Trần Lan Chi.** 2018. Đánh giá tuân thủ phác đồ kháng sinh dự phòng phẫu thuật tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Time City. Hội nghị Khoa học Dược bệnh viện Hà Nội mở rộng 2018.
8. **Van Tuong P., Xiem C.H., Anh N.C. và cộng sự.** 2021. Assessment of antibiotic prophylaxis in surgical patients and association factors at Thu Duc District Hospital, Ho Chi Minh City, Vietnam in 2018. *Health Services Insights*. 14, 11786329211029354.