

TỶ LỆ NHIỄM KHUẨN SAU MỔ LẤY THAI VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN TỪ DŨ NĂM 2009

Chủ nhiệm đề tài: BS. CKII Vũ Duy Minh

Bệnh viện Từ Dũ là bệnh viện đầu ngành về sản phụ khoa của 32 tỉnh thành phía Nam, lượng bệnh nhân đến khám hàng ngày rất đông. Trong đó, tổng số sinh tại Bệnh viện năm 2008 là 51244 ca thì sinh mổ chiếm 23776 ca ($\approx 46\%$), do đó vấn đề nhiễm khuẩn sau mổ lấy thai được đặc biệt quan tâm. Hơn nữa, vấn đề nhiễm khuẩn có thể do nhiều nguyên nhân, việc phòng chống không để xảy ra các vụ dịch trong môi trường bệnh viện là cực kỳ quan trọng.

Nghiên cứu điều tra tình hình nhiễm khuẩn sau mổ lấy thai là cần thiết để xác định đặc điểm dịch tễ học, đặc điểm liên quan đến mổ lấy thai thực hiện tại Bệnh viện Từ Dũ và cần tiếp tục thực hiện các năm tiếp theo để có biện pháp can thiệp thích hợp.

Câu hỏi nghiên cứu: Năm 2009, tỷ lệ nhiễm khuẩn sau mổ lấy thai trong thời gian nằm viện tại Bệnh viện Từ Dũ là bao nhiêu và các yếu tố liên quan như thế nào?

2. MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

2.1 Mục tiêu tổng quát

Xác định tỷ lệ nhiễm khuẩn sau mổ lấy thai trong thời gian nằm viện và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện Từ Dũ năm 2009.

2.2 Mục tiêu cụ thể:

1.1. Xác định tỷ lệ nhiễm khuẩn sau mổ lấy thai trong thời gian nằm viện tại Bệnh viện Từ Dũ năm 2009.

1.2. Xác định các yếu tố liên quan và tình trạng nhiễm khuẩn sau mổ lấy thai (các đặc điểm: dân số, tình trạng thai kỳ, tình trạng phẫu thuật, triệu chứng lâm sàng) tại Bệnh viện Từ Dũ năm 2009.

Chương 1 TỔNG QUAN Y VĂN

2. Nhiễm khuẩn sau mổ lấy thai^[4]

2.1 Khái niệm

2.2 Phân loại nhiễm khuẩn vết mổ, tiêu chuẩn chẩn đoán nhiễm khuẩn vết mổ theo CDC^[5]:

Nhiễm khuẩn vết mổ nông: 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 (chảy mủ từ vết mổ nông, phân lập được vi khuẩn từ vết mổ, các dấu hiệu đau sưng nóng đỏ và cần mở bung vết mổ, bác sĩ chẩn đoán).

Nhiễm khuẩn vết mổ sâu: nhiễm khuẩn xảy ra trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật hay 1 năm đối với đặt implant và xảy ra ở mô mềm sâu của đường mổ và có ít nhất một trong các triệu chứng (chảy mủ từ vết mổ sâu nhưng không từ cơ quan hay khoang nơi phẫu thuật, vết thương hở da sâu + dấu hiệu đau sưng nóng đỏ và sốt,

abces, bác sĩ chẩn đoán)

Nhiễm khuẩn vết mổ tại cơ quan/khoang phẫu thuật: nhiễm khuẩn xảy ra trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật hay 1 năm đối với đặt implant xảy ra ở bất kỳ nội tạng loại trừ da, cân, cơ và có ít nhất một trong các triệu chứng (chảy mủ từ dẫn lưu nội tạng, phân lập được vi khuẩn, abces, bác sĩ chẩn đoán)

2.3 Các loại nhiễm khuẩn sau mổ lấy thai

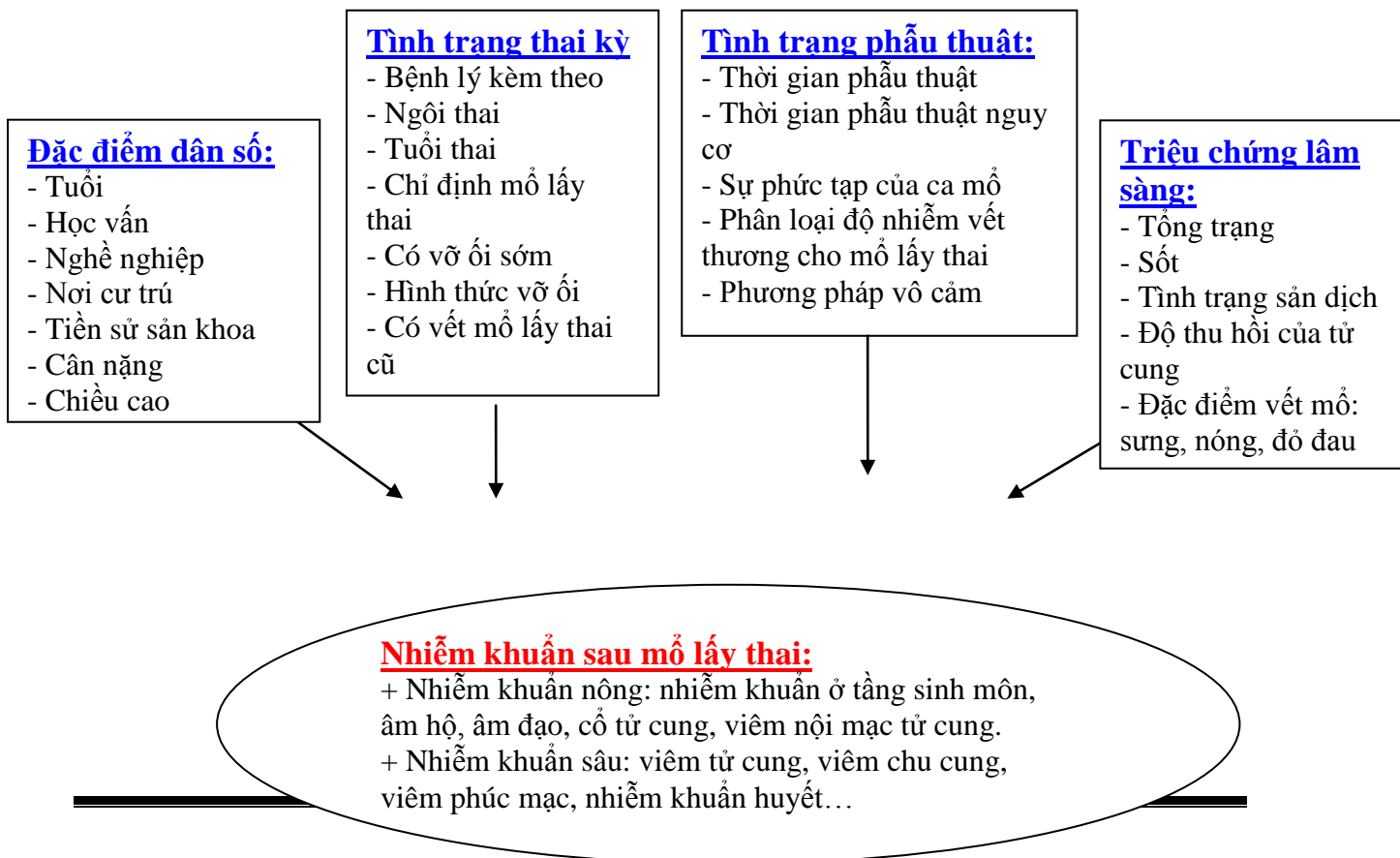
Nhiễm khuẩn nông: nhiễm khuẩn ở tầng sinh môn, âm hộ, âm đạo, tử cung

Nhiễm khuẩn sâu/cơ quan: viêm nội mạc tử cung, viêm tử cung toàn bộ, viêm chu cung, viêm phúc mạc chậu, viêm phúc mạc toàn bộ.

3. Tình hình nhiễm khuẩn sau mổ lấy thai

4. Các yếu tố liên quan đến mổ lấy thai và nhiễm khuẩn sau mổ lấy thai : tuổi, cân nặng, thể trạng và các bệnh lý kèm theo, thời gian chuyển dạ, thời gian vỡ ối, thời gian phẫu thuật, biến chứng trong phẫu thuật....

Sơ đồ nghiên cứu



ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

3.1. Thiết kế nghiên cứu

Phương pháp cắt ngang, thống kê mô tả

3.2. Thời gian, địa điểm nghiên cứu

Bệnh viện Từ Dũ, tháng 11-12/2009

3.3. Đối tượng nghiên cứu

Dân số mục tiêu: sản phụ được mổ lấy thai tại Bệnh viện Từ Dũ.

Dân số chọn mẫu: sản phụ được mổ lấy thai khi đến sanh tại Bệnh viện Từ Dũ từ tháng 11/2009 đến tháng 12/2009.

3.4. Cỡ mẫu

Cỡ mẫu cần thu thập là $N = 1250$.

3.5. Kỹ thuật chọn mẫu

Chọn mẫu ngẫu nhiên đơn giản.

3.6. Phương pháp thu thập số liệu

- Thông tin được hỏi cứu từ hồ sơ bệnh án và điền vào phiếu điều tra theo cấu trúc soạn sẵn. Sau đó, các cộng tác viên điều tra nhập thông tin từ phiếu điều tra vào máy tính bằng phần mềm Epi Data 3.02.và phân tích bằng phần mềm Stata 8.0.

3.10. Ý đức

- Thông tin từ phiếu điều tra chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu và không nhằm gây tổn hại đến người được điều tra.

Tiêu chuẩn xác định nhiễm khuẩn sau mổ lấy thai

Nhiễm khuẩn vết mổ nông (Nhiễm khuẩn ở tầng sinh môn, âm hộ, âm đạo, cổ tử cung)

1. Có: sản dịch không hôi, vết rách hay chỗ khô viêm tấy, sốt nhẹ $38^0-38,5^0C$, tử cung thu hồi bình thường.
2. Không: không có các triệu chứng trên.

Viêm nội mạc tử cung

1. Có: sản dịch hôi, có thể lẫn mủ, sốt 38^0-39^0C , tử cung co hồi chậm, mềm, ấn đau.
2. Không: không có các triệu chứng trên.

Viêm tử cung toàn bộ:

1. Có: sản dịch hôi thối, màu nâu đen, tử cung to, mềm ấn đau, có thể có ra huyết, sốt 38^0-39^0C .
2. Không: không có các triệu chứng trên.

Viêm chu cung và phần phụ

1. Có: sản dịch hôi, tử cung còn to co hồi chậm, ấn đau, sốt cao kéo dài kèm đau bụng dưới. Bên cạnh tử cung xuất hiện một khối u cứng, đau, bờ không rõ rệt.
2. Không: không có các triệu chứng trên.

Viêm phúc mạc chậu:

1. Có: tử cung còn to, di động kém, đau, các túi cùng đầy, phù nề, đau nhiều vùng bụng dưới, sốt 39^0-40^0C , có thể bị rét run.
2. Không: không có các triệu chứng trên.

Viêm phúc mạc toàn bộ

1. Có: tổng trạng mệt mỏi, sốt cao, mạch nhanh, khó thở, nôn ói, bụng hơi chướng

đau, có phản ứng thành bụng, thăm túi cùng rất đau.

2. Không: không có các triệu chứng trên.

Nhiễm khuẩn huyết

1. Có: sốt cao, rét run nhiều lần, tổng trạng suy nhược, có thể choáng, hạ huyết áp, mê man, kết quả cấy máu xác định có nhiễm khuẩn.

2. Không: không có các triệu chứng trên.

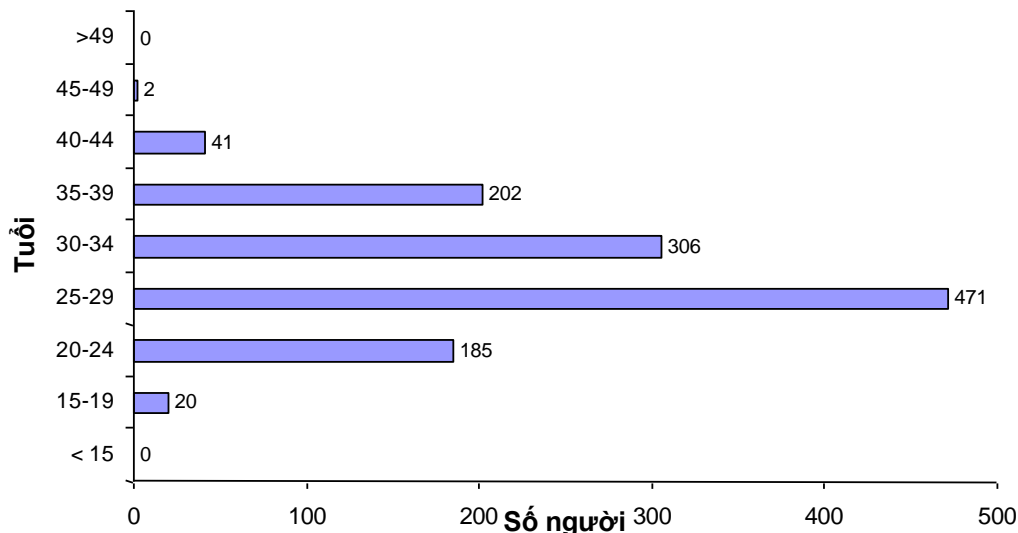
Chương 3 KẾT QUẢ

3.1 Đặc tính của mẫu nghiên cứu

3.1.1 Đặc điểm dân số học về tuổi, nghề nghiệp, nơi cư trú:

Về tuổi, tuổi trung bình của sản phụ trong nghiên cứu là 29 (thấp nhất là 16 và cao nhất là 47). Khi phân chia thành 2 nhóm tuổi dưới 35 và trên 35 tuổi thì tỷ lệ sản phụ dưới 35 chiếm đa số 80,03% và lớn hơn 35 tuổi là 19,97%. Các trường hợp con so lớn tuổi (có thai lần đầu ở tuổi ≥ 35) thực hiện mổ lấy thai chiếm 6,5% trên tổng số 1227 ca thực hiện mổ lấy thai.

Hình 1: Tháp tuổi của mẫu nghiên cứu (N=1227)



Theo tháp tuổi, sản phụ trong độ tuổi từ 25-29 được thực hiện mổ lấy thai nhiều nhất chiếm 38,4%, kể đến là các độ tuổi 30-34, 35-39, 20-24.

Về nghề nghiệp, công nhân viên và nghề tự do (như buôn bán) chiếm tương đương nhau là 31,87% và 30,15%. Trong số các hình thức nghề nghiệp, nghề nghiệp khác (bao gồm cả nội trợ) chiếm khoảng 20,46%.

Sản phụ thực hiện mổ lấy thai tại Bệnh viện Từ Dũ có nơi đăng ký thường trú ở TP.HCM là 56,9%, còn đăng ký thường trú ở nơi khác là 43,1%.

3.1.2 Đặc điểm dân số học về tiền sử sản khoa, cân nặng, chiều cao:

Về thể trạng của thai phụ, chiều cao trung bình là 155 cm và cân nặng trung bình là 50,5 kg.

3.2. Tình trạng thai kỳ

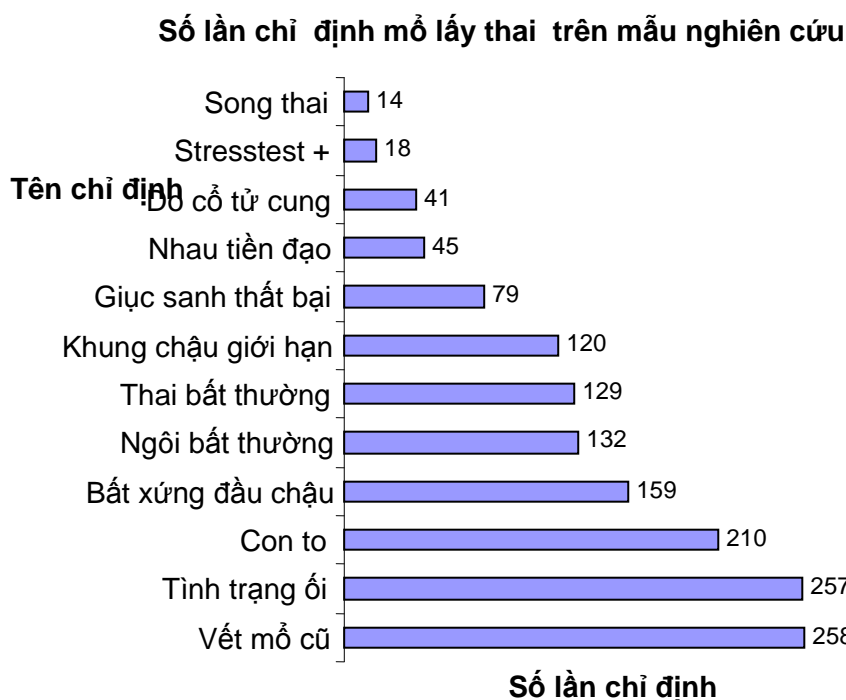
3.2.1 Bệnh lý kèm theo, ngôi thai, tuổi thai

19% số sản phụ được xác định có tình trạng bệnh lý kèm theo thai kỳ, trong đó tiền sản giật chiếm tỉ lệ cao nhất là 6,8%, cao huyết áp và song thai (2%), tim mạch và đái tháo đường (1,4%).

Về ngôi thai, ngôi đầu chiếm tỉ lệ cao nhất 86,7%, tiếp theo là ngôi mông 10,4% còn ngôi ngang và ngôi thai khác chiếm tỉ lệ không đáng kể. Tuổi thai trung bình là 38,4 tuần, thai nhỏ tháng nhất thực hiện mổ lấy thai là 23 tuần và cao nhất là 43 tuần.

3.2.2 Các chỉ định mổ lấy thai

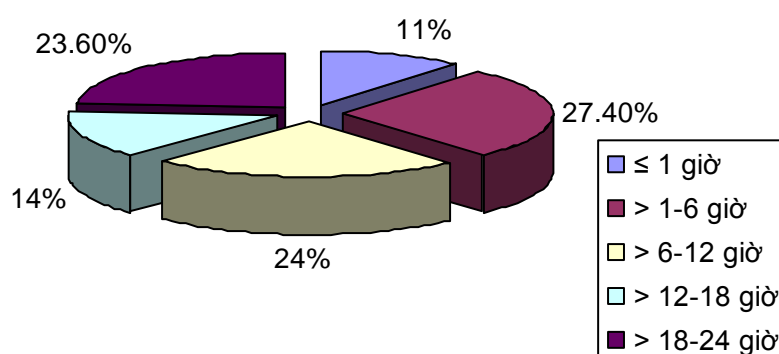
Hình 2: Tần số chỉ định thực hiện mổ lấy thai trên mẫu nghiên cứu



3.2.3 Đặc điểm vỡ ối và chuyển dạ

27,5% sản phụ có vết mổ lấy thai cũ, 4,2% có vết mổ ngoại khoa cũ. Sản phụ có tình trạng ối vỡ sớm chiếm 28,1%. Trong số 351 ca vỡ ối, tỷ lệ ối vỡ tự nhiên là 95,2%, bấm ối 4,8%. Thời gian vỡ ối lớn hơn 2 giờ chiếm 87,3% cao hơn các trường hợp vỡ ối dưới 2 giờ. Trong số 94 trường hợp vỡ ối không bình thường thì tỷ lệ dịch ối xấu có màu xanh chiếm 60% các trường hợp, dịch ối màu vàng 29,8% các trường hợp còn lại là màu nâu đỏ, đen, nhớt hồng, có máu cục thấy xuất hiện ở các thai kỳ còn non tháng.

Phân bố thời gian chuyển dạ



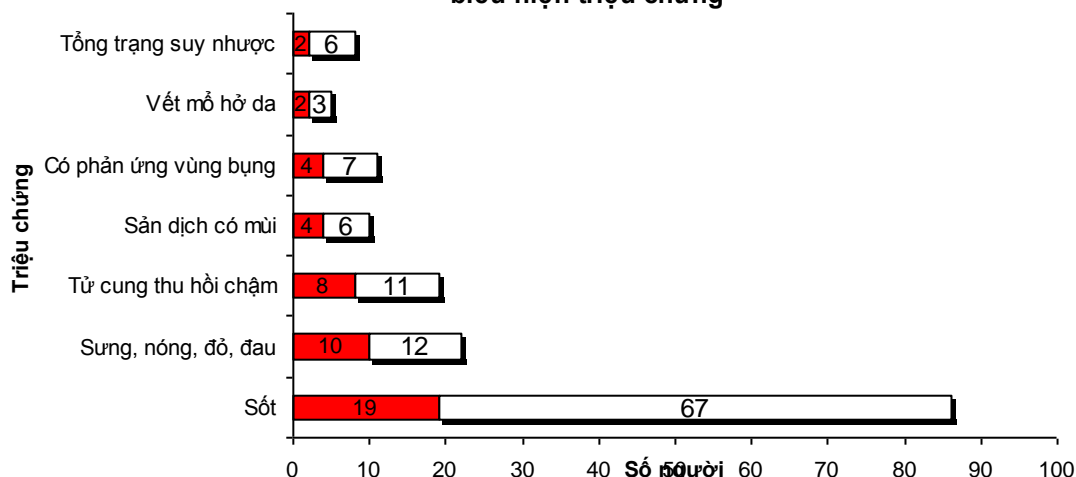
3.3 Tình trạng phẫu thuật

Đa số sản phụ nhập viện được thực hiện mổ lấy thai trong thời gian nhỏ hơn 1 ngày chiếm 67,2% và chỉ có 5,7% (70 ca) sản phụ phải nằm viện hơn 3 ngày trước

mồ. Thời gian mồ trung bình là 41,8 phút. Thời gian điều trị trung bình cho một trường hợp mồ lấy thai là 6,7 ngày. Trong các ca mồ, 96,3% là thực hiện mồ lấy thai đơn thuần và chỉ có 3,7% có thực hiện thêm các thủ thuật khác như cắt tử cung, bóc nang, bóc u xơ tử cung, thắt động mạch....

3.4 Đặc điểm của nhiễm khuẩn sau mồ lấy thai

Số người nhiễm trùng có biểu hiện các triệu chứng so với số người có biểu hiện triệu chứng



Các triệu chứng chúng tôi ghi nhận vào tình trạng nhiễm khuẩn vết mồ bao gồm: sốt, cảm quan vết mồ, tình trạng thu hồi của tử cung, sản dịch, phản ứng vùng bụng, tổng trạng. Khi ghi nhận các dấu hiệu này trên người có biểu hiện triệu chứng, thì tỉ lệ cho thấy, sốt là triệu chứng dễ nhận biết nhất nhưng giá trị chẩn đoán nhiễm khuẩn cũng thấp nhất (30%), phản ứng vùng bụng và vết mồ hở da, mùi sản dịch cũng là triệu chứng quan trọng gợi ý đến nhiễm khuẩn vết mồ chiếm từ 57% đến 66,7%. Hai triệu chứng trên lâm sàng quan trọng nhất đánh giá có nhiễm khuẩn là độ thu hồi của tử cung và tình trạng vết mồ (trên 80%).

Lâm sàng	Số BN có triệu chứng	Số BN nhiễm trùng	Tỉ lệ (%)
Sốt	67	19	28,4
Tổng trạng suy nhược	6	2	33,3
Phản ứng bụng	7	4	57,1
Vết mồ hở da	3	2	66,7
Sản dịch có mùi	6	4	66,7
Tử cung thu hồi chậm	11	8	82,7
Sung nóng, đỏ đau	12	10	83,3

Phân tích 26 trường hợp nhiễm khuẩn sau mồ lấy thai:

Trong 1227 ca mồ lấy thai, 26 trường hợp có biểu hiện nhiễm khuẩn sau mồ chiếm 2,1%. Trong đó, 15 trường hợp nhiễm khuẩn vết mồ nông, 9 trường hợp viêm nội mạc tử cung và 1 trường hợp viêm tử cung toàn bộ và 1 trường hợp nhiễm khuẩn huyết. Số lượng nhiễm khuẩn ở các khoa là Hậu phẫu A (15), Hậu phẫu B (3), Sản E (3), Điều trị theo yêu cầu (5).

Trong số 26 ca nhiễm trùng có 9 trường hợp được xác định có bệnh lý kèm theo như bấu cổ, nhau tiền đạo, tiền sản giật, song thai, hội chứng Hellp, thiếu máu (viêm thanh quản cấp), cao huyết áp (2)

Về cảm quan vết mồ, 12 trường hợp có dấu hiệu sung, nóng, đỏ, đau, 3 trường hợp vết mồ hở da.

Về dấu hiệu sốt, 67 trường hợp có dấu hiệu sốt sau mồ lấy thai trong đó 19

trường hợp kết luận nhiễm khuẩn vết mổ sau mổ lấy thai chiếm 28,4%.

Đối với các trường hợp cấy vi sinh sản dịch, dịch vết mổ khi có dấu nhiễm trùng thì 2 trường hợp có kết quả cấy dương tính với vi khuẩn *Streptococcus*, 1 trường hợp có nấm, tạp trùng, 1 trường hợp dương tính với *E.Coli*

4/26 trường hợp nhiễm trùng (15,3%) sản dịch có mùi hôi. Về độ thu hồi của tử cung, 8/26 trường hợp nhiễm trùng (30,7%) có tình trạng tử cung thu hồi chậm sau mổ. Về phản ứng thành bụng, 4/26 trường hợp có đau vùng bụng dưới và phản ứng thành bụng ở bệnh nhân nhiễm trùng.

Về nhiễm khuẩn vết mổ nông

Trong các trường hợp nhiễm khuẩn vết mổ nông, 46,67% trường hợp có các bệnh lý kèm theo. Bao gồm 3 trường hợp có biểu hiện tiền sản giật, 1 trường hợp cao huyết áp, 1 trường hợp có Hội chứng Hellp, 1 trường hợp song thai, 1 trường hợp bướu cổ và 1 trường hợp nhau tiền đạo. Đối với viêm nội mạc tử cung, chỉ 22% các trường hợp nhiễm trùng có bệnh lý kèm theo. Trong đó, có 1 trường hợp cao huyết áp và 1 trường hợp tiền sản giật có thiếu máu và kèm viêm thanh quản cấp.

3.5 Mối liên quan của tình trạng nhiễm khuẩn sau mổ lấy thai với các đặc điểm nghiên cứu

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các đối tượng có bệnh lý kèm theo hay không với kết cuộc có xảy ra nhiễm khuẩn. 3,9% những người có bệnh lý kèm theo có xảy ra nhiễm khuẩn. Tỷ lệ này cao hơn ở nhóm không có bệnh lý kèm theo là 1,7%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p=0,04$.

(*) : Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $P<0,05$.

Đánh giá theo đặc điểm của sự vỡ ối và chuyển dạ trong thai kỳ, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa kết cuộc nhiễm trùng vết mổ với các đặc điểm thang điểm ASA, vỡ ối sớm, vỡ ối lớn hơn 2 giờ, mổ lấy thai có kèm theo các thủ thuật khác.

Có sự khác biệt giữa thời gian vỡ ối < 2 giờ và thời gian lớn hơn 2 giờ và tình trạng nhiễm khuẩn. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p=0,002$

Khi phân loại tình trạng bệnh nhân theo thang điểm ASA. Thang điểm ASA ≥ 2 khi bệnh nhân có tình trạng bệnh nhân toàn thân nhẹ đến nặng và kết cục nhiễm khuẩn vết mổ. Có sự khác biệt giữa thang điểm ASA và nhiễm khuẩn. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p=0,04$.

Trong 3 trường hợp nhiễm trùng có kèm các thủ thuật khác gồm thắt động mạch, triệt sản, cắt tử cung. Tỷ lệ nhiễm trùng ở 46 trường hợp có thực hiện thủ thuật khác là 6,5%, cao hơn khi so sánh với mổ lấy thai đơn thuần ($p=0,035$). Tuy nhiên, số liệu này ít và khi phân tích bằng phép kiểm Fisher thì cho thấy không có sự khác biệt nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ khi thực hiện thêm thủ thuật khác trong khi mổ lấy thai.

Chương 4 BÀN LUẬN

4.1 Về đặc điểm dân số nghiên cứu

Tuổi trung bình của sản phụ thực hiện mổ lấy thai trong nghiên cứu là 29. Về phân bố tuổi, độ tuổi từ 25-29 chiếm tỉ lệ mổ lấy thai cao nhất (38,4%) phù hợp với tuổi kết hôn và có con của phụ nữ Việt Nam. Cũng theo nghiên cứu này, số phụ nữ từ 35 tuổi trở lên chiếm 20% cao hơn tỷ lệ mổ lấy thai của sản phụ dưới 25 tuổi (16,7%). Điều này phù hợp với cuộc sống xã hội hiện nay là phụ nữ có xu hướng lập gia đình và sinh con trễ hơn so với trước kia. Hơn nữa, với những phụ nữ trên 35 tuổi thì thai kỳ có nhiều nguy cơ hơn và do đó dễ có chỉ định mổ lấy thai hơn.

Trong tổng số 1227 trường hợp mổ lấy thai, 56,9% sản phụ có con lần đầu. Trong đó, 50,4% là phụ nữ ở độ tuổi dưới 35, còn số trường hợp phụ nữ con so lớn tuổi (trên 35 tuổi có con lần đầu) là 6,5%.

Bệnh viện Từ Dũ là bệnh viện chuyên ngành sản phụ khoa tuyến trên của phía Nam do đó tỉ lệ người có địa chỉ cư trú đến từ địa phương khác mổ lấy thai là 43,1% cao hơn ở Bệnh viện Hùng Vương (24,8%). Do có chức năng chỉ đạo chuyên môn khu vực, nên có một số trường hợp mổ lấy thai từ bệnh viện tỉnh khác chuyển đến. 16 trường hợp nhiễm khuẩn vết mổ (61,5%) có địa chỉ cư trú tại Thành phố Hồ Chí Minh, 9 trường hợp tại các tỉnh phía Nam, chỉ 1 trường hợp ở Thanh Hóa.

130 trường hợp sản phụ mổ lấy thai có thêm các triệu chứng bệnh lý khác (18,6%) và con số này ở những sản phụ cư trú các tỉnh phía Nam là 20% (86/428). Các tỷ lệ này so sánh với tỷ lệ chung là 19% hầu như không có sự chênh lệch. Tỷ lệ trên cho thấy hiện nay các đơn vị y tế tuyến cơ sở có thể thực hiện các thủ thuật mổ lấy thai các thai kỳ bất thường và không cần phải chuyển về Bệnh viện Từ Dũ. Do đó, khi nghiên cứu về các yếu tố bệnh lý liên quan đến sức khỏe phụ nữ tại Bệnh viện đặc biệt là bệnh lý phụ khoa có lẽ mới cần quan tâm đến đặc điểm địa lý nhiều hơn so với sản khoa.

4.2 Về tình trạng thai kỳ

4.2.1 Chi định mổ lấy thai

337 (27,5%) trường hợp có vết mổ lấy thai cũ thì 258 trường hợp các chi định mổ lấy thai có nguyên nhân là vết mổ cũ và các yếu tố khác chiếm 21,0%.

4.2.2 Bệnh lý kèm theo

Tỷ lệ có bệnh lý kèm theo là tiền sản giật chiếm 6,7%, tương tự với nghiên cứu ở Bệnh viện Hùng Vương là 6%. Tiếp tục so sánh các loại bệnh lý khác thì tỷ lệ bệnh tiểu đường kèm theo thai kỳ tại 2 bệnh viện là 1,4% ở Từ Dũ và 0,6% ở Hùng Vương, tỷ lệ bệnh thiếu máu là 0,3% ở Từ Dũ và 0,6% Hùng Vương.

4.2.3 Thời gian điều trị

Về thời gian điều trị, nhóm có nhiễm khuẩn có thời gian điều trị kéo dài hơn nhóm không nhiễm khuẩn. Theo nghiên cứu của Barbut và cộng sự, thời gian điều trị cho nhóm này là 6 ngày thấp hơn nghiên cứu ở Bệnh viện Từ Dũ. Còn theo nghiên cứu của Killian và cộng sự, thời gian điều trị cho nhóm này chỉ 4,1 ngày so với 3,5 ngày ở nhóm bình thường và xác định rằng thời gian kéo dài chủ yếu xuất hiện ở bệnh nhân viêm nội mạc tử cung. Chúng tôi so sánh thời gian điều trị giữa 2 nhóm nhiễm khuẩn vết mổ nông và viêm nội mạc tử cung thì không thấy có sự khác biệt nào trong nghiên cứu (trung bình là 10 ngày). Theo nghiên cứu của Magaret và cộng sự trên các trường hợp mổ lấy thai do ngôi ngang, thời gian điều trị cho nhóm có xuất hiện viêm nội mạc tử cung là 6,6 ngày và nhóm không nhiễm khuẩn là 4,5 ngày và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $P < 0,01$ (Magaret).

4.3 Về nhiễm khuẩn sau mổ lấy thai

4.3.1 Về tỷ lệ nhiễm khuẩn sau mổ lấy thai

Tỷ lệ nhiễm khuẩn sau mổ lấy thai xác định trong nghiên cứu này là thấp 2,1%. Tất cả các mẫu nghiên cứu chỉ được quan sát trong thời gian nằm viện và không theo dõi bệnh nhân sau khi xuất viện. Theo tiêu chuẩn của CDC, nhiễm khuẩn vết mổ phải được theo dõi 30 ngày sau phẫu thuật. Điều này gợi ý rằng nếu nghiên cứu quan sát hết tất cả các trường hợp sau khi xuất viện thì sẽ tăng tỷ lệ nhiễm khuẩn được phát hiện.

ĐỀ XUẤT – KIẾN NGHỊ

Từ kết quả nghiên cứu của đề tài, chúng tôi đề xuất:

- Cần tiếp tục những nghiên cứu chuyên sâu hơn về nhiễm khuẩn sau mổ lấy thai tại Bệnh viện Từ Dũ, các nghiên cứu sẽ thực hiện trên những đối tượng nguy cơ như có tình trạng vỡ ối sớm, có kèm theo các tình trạng bệnh lý để làm giảm tỷ lệ nhiễm khuẩn sau mổ.

- Tăng cường cây vi sinh các trường hợp có dấu hiệu nghi ngờ nhiễm khuẩn trên triệu chứng lâm sàng, phổ biến tình hình đề kháng kháng sinh hàng quý để có hướng điều trị thích hợp.