

THỰC TRẠNG NHIỄM KHUẨN HẬU SẢN VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HẢI PHÒNG TRONG GIAI ĐOẠN 2015 - 2019

Ngô Quang Dương*, Đào Thị Hải Yến*

TÓM TẮT

Mục tiêu:

1. Xác định tỷ lệ và mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của những trường hợp nhiễm khuẩn hậu sản tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng trong 5 năm 2015 - 2019.

2. Nhận xét một số yếu tố liên quan đến tình trạng nhiễm khuẩn hậu sản trong thời gian trên.

Cỡ mẫu: 387 trường hợp nhiễm khuẩn hậu sản trong 5 năm từ 2015-2019

Phương pháp nghiên cứu: cắt ngang mô tả

Kết quả và kết luận: Tỷ lệ NKHS năm 2015 cao nhất tới 0,58%, trung bình 5 năm 0,53%. Theo hình thái, viêm niêm mạc tử cung hay gặp nhất chiếm 71,58%, nhiễm khuẩn tầng sinh môn (13,18%), nhiễm khuẩn vết mổ (11,11%). Viêm tử cung toàn bộ, viêm phúc mạc tiểu khung, viêm phúc mạc toàn bộ hiếm gặp hơn. Không gặp trường hợp nào viêm phần phụ, nhiễm khuẩn huyết hoặc viêm tắc tĩnh mạch. Các yếu tố ảnh hưởng làm tăng NKHS: viêm đường sinh dục dưới (OR: 2,28), thời gian chuyển dạ ≥ 12 giờ (OR: 1,44), vỡ ối ≥ 6 giờ (OR: 7,76), can thiệp buồng tử cung (OR: 1,69).

Từ khóa: Nhiễm khuẩn hậu sản

SUMMARY

THE STATUS OF POSTPARTUM INFECTIONS AND SOME RELATED FACTORS AT HAI PHONG

*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Đào Thị Hải Yến

Email: dthyen@hpmu.edu.vn;

yensandhyhp@yahoo.com

Ngày nhận bài: 12.3.2021

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2021

Ngày duyệt bài: 31.5.2021

OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL IN THE PERIOD 2015 - 2019

Objective:

1. Determination of the rate and description of clinical and subclinical characteristics of postpartum infections at Hai Phong obstetrics and gynecology hospital in 5 years, from 2015 to 2019.

2. Comment on some factors related to postpartum infection in the above time.

Sample size: 387 cases of postpartum infection in the 5 years from 2015-2019

Study method: Design: descriptive cross-sectional study

Outcome and conclusion: The rate of postpartum infections in 2015 was the highest at 0.58%, averaging 0.53% in 5 years. The most common morphology of inflammation of the endometrium accounts for 71.58%, episiotomy (13.18%), wound infection (11.11%). Complete metritis, subframe peritonitis, whole peritonitis are rare. There were no cases of adnexitis, sepsis or thrombophlebitis. Influential factors increase postpartum infection: lower genital tract inflammation (OR: 2.28), labor time ≥ 12 hours (OR: 1.44), rupture of membranes ≥ 6 hours (OR: 7.76), interventions in the uterus (OR: 1.69).

Keywords: Postpartum Infections

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn hậu sản (NKHS) là một trong 5 tai biến sản khoa, đó là nhiễm khuẩn trong quá trình chuyển dạ hoặc trong thời kỳ hậu sản là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong mẹ trên toàn thế giới, chiếm khoảng 1/10 gánh nặng toàn cầu về tử vong mẹ. NKHS gây nên hàng loạt những

tồn hại cho bệnh nhân như làm giảm sức lao động, kéo dài thời gian nằm viện, ảnh hưởng đến chức năng sinh đẻ, tính mạng của sản phụ và hàng loạt hệ lụy khác đối với gia đình, xã hội[8]. Nguyên nhân NKHS bắt nguồn từ trước, trong và sau đẻ gồm: cơ sở vật chất, trang thiết bị không được đảm bảo vô khuẩn; Các chỉ định và kỹ thuật can thiệp sản khoa không đúng thời điểm; Chăm sóc sản phụ trước, trong và sau đẻ không đảm bảo quy trình; Các nhiễm khuẩn ở đường sinh dục không được xử trí tốt trước sinh; Chuyên dạ kéo dài, ối vỡ non, ối vỡ sớm... đều làm gia tăng nguy cơ NKHS. Việt Nam là một nước đang phát triển, với khí hậu nóng ẩm là điều kiện tốt để vi khuẩn phát triển, đồng thời nền kinh tế nông nghiệp cùng với điều kiện làm việc khó khăn, thu nhập còn thấp, kiến thức về phòng bệnh và chăm sóc sau đẻ, sau mổ chưa được thực sự quan tâm và kiểm soát chặt chẽ. Hơn thế nữa tỷ lệ mổ đẻ gần đây có xu hướng gia tăng nên tình hình NKHS vẫn còn chiếm một tỉ lệ đáng kể. Nếu chúng ta phát hiện sớm và điều trị kịp thời có thể phòng được các tai biến dẫn đến tử vong. Vì vậy đề tài “**Thực trạng nhiễm khuẩn hậu sản và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng trong giai đoạn 2015 - 2019**” được đặt ra với 2 mục tiêu:

1. Xác định tỷ lệ và mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của những trường hợp nhiễm khuẩn hậu sản tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng trong 5 năm 2015 - 2019.
2. Nhận xét một số yếu tố liên quan đến tình trạng nhiễm khuẩn hậu sản trong thời gian trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán là một trong những hình thái của NKHS điều trị tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng trong thời gian từ 01/01/2015 đến 31/12/2019.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả sản phụ sau đẻ, mổ đẻ trong 6 tuần đầu mà có các tiêu chuẩn sau:

- Tuổi thai >22 tuần.
- Được chẩn đoán khi ra viện là một trong các hình thái của NKHS.
- Có sốt kèm ít nhất một trong các triệu chứng: viêm tấy hoặc dịch mủ ở vết khâu tầng sinh môn, âm đạo, cổ tử cung... Tử cung co hồi kém, sản dịch bất thường, đau bụng vùng tiểu khung, siêu âm có hình ảnh bất thường tại tử cung hoặc phần phụ, cùng đồ, xét nghiệm cấy sản dịch, máu hoặc nước tiểu cho kết quả (+).
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Hồ sơ bệnh án không có đủ thông tin nghiên cứu.
- Các bệnh án nhiễm khuẩn hậu sản từ nơi khác chuyển đến.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: từ 01/2015 - 12/2019, tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu: thuận tiện không xác suất, gồm tất cả các hồ sơ bệnh án NKHS trong thời gian trên, n = 387.

2.4. Các biến số nghiên cứu

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi, nghề nghiệp, nơi ở: thành thị, nông thôn, số lần sinh con, tiền sử viêm nhiễm đường sinh dục dưới trong khi mang thai, bệnh lý toàn thân, sản khoa trước đẻ.

Yếu tố liên quan đến cuộc đẻ: thời gian cuộc đẻ, thời gian vỡ ối, thời gian phát hiện, các hình thức can thiệp sau đẻ.

Đặc điểm lâm sàng: sốt, rét run, đau bụng hạ vị, ỉa chảy, tê chi dưới, tử cung co hồi chậm, di động đau, sản dịch bất thường, phản ứng bụng

Đặc điểm cận lâm sàng: công thức máu, CRP, cấy và xét nghiệm sản dịch, cấy máu, giải phẫu bệnh, siêu âm.

2.5. Xử lý kết quả: Số liệu được xử lý trên phần mềm SPSS 20.0, các thuật toán được sử dụng: tính tỷ lệ %, so sánh 2 tỷ lệ bằng test X².

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tỷ lệ nhiễm khuẩn hậu sản, đặc điểm lâm sàng – cận lâm sàng

3.1.1. Tỷ lệ NKHS

Bảng 3.1. Tỷ lệ nhiễm khuẩn hậu sản trong 5 năm

Năm	Tổng số đẻ	Tổng số NKHS	Tỷ lệ NKHS (%)
2015	15.163	88	0,58
2016	14.982	84	0,53
2017	14.455	83	0,57
2018	14.510	71	0,49
2019	14.525	61	0,42
Tổng số	73.335	387	0,53

Tỷ lệ NKHS trong năm 2015 chiếm tỷ lệ cao nhất là 0,58%. Tỷ lệ này giảm cho đến năm 2019 còn 0,42%. Trung bình 5 năm là 0,53%.

Bảng 3.2. Phân bố các trường hợp nhiễm khuẩn hậu sản theo hình thái lâm sàng

Hình thái lâm sàng	n	%
Nhiễm khuẩn tầng sinh môn	51	13,18
Bé sản dịch	11	2,84
Viêm niêm mạc tử cung	277	71,58
Viêm tử cung toàn bộ	2	0,52
Viêm phần phụ	0	0,00
Viêm PM tiểu khung	2	0,52
Viêm PM toàn bộ	1	0,26
Nhiễm khuẩn huyết	0	0,00
Nhiễm khuẩn vết mổ	43	11,11
Viêm tắc tĩnh mạch	0	0,00
Tổng	387	100,0

Viêm niêm mạc tử cung là hình thái lâm sàng chiếm tỷ lệ cao nhất với 71,58%, sau đó là nhiễm khuẩn tầng sinh môn 13,18%. Các hình thái còn lại chiếm tỷ lệ ít hơn.

3.1.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3.3. Triệu chứng lâm sàng chung của nhiễm khuẩn hậu sản

Triệu chứng lâm sàng		n	%
Toàn thân	Sốt ($>37,5^{\circ}\text{C}$)	306	79,07
	Rét run	223	57,67
Cơ năng	Đau bụng	171	44,19
	Đau TSM	72	18,60
	Ỉa lỏng /táo bón	17	7,91
	Bụng chướng	31	9,77
	Đau tức chi dưới	0	0,00
Thực thể	Tử cung co hồi kém	234	60,47
	Di động tử cung đau	90	23,26
	Sản dịch bất thường	262	67,70
	Cổ tử cung đóng chậm	49	12,66
	Nhiễm khuẩn vết mổ	45	11,63
	Nhiễm khuẩn vết khâu TSM	59	15,24
	Phản ứng thành bụng	11	2,63

Sốt là triệu chứng thường gặp nhất trong NKHS chiếm 79,07%, các triệu chứng thường gặp khác bao gồm sản dịch bất thường (67,70%), tử cung co hồi kém (60,47%), rét run (57,67%) và đau bụng (44,19%). Không có bệnh nhân đau tức chi dưới.

3.1.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 3.4. Phân bố theo triệu chứng cận lâm sàng

Xét nghiệm		n	%
Hemoglobin	$\geq 110 \text{ g/l}$	328	84,75
	100-109 g/l	41	10,60
	70-99 g/l	18	4,65
	$<70 \text{ g/l}$	0	0,0
BC $> 10 \text{ G/l}$		311	80,36
CRP		9	2,3
Siêu âm 213(55,0%)	Dịch buồng TC	176	45,5
	Niêm mạc nhăm nhờ, không đều	12	3,10
	Có khối bất thường buồng TC	25	6,46
Mô bệnh học 150 (38,76%)	Viêm niêm mạc tử cung	137	35,4
	Rau thai thoái hóa	10	2,3
	Hoại tử tế bào	3	0,9
Cấy sản dịch		5	1,3
Cấy máu		3	0,9

Hầu hết bệnh nhân có số lượng Hb $\geq 110 \text{ g/l}$ (84,75%), chỉ có 10,6% và 4,65% trường hợp có dấu hiệu thiếu máu nhẹ và vừa, không có trường hợp nào thiếu máu nặng. Số lượng BC $>10 \text{ G/l}$ có 311 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 80,36%. Có 213 bệnh nhân có kết quả siêu âm bất

thường chiếm 55,0%. Trong đó có dịch buồng tử cung 45,5%, niêm mạc nhăm nhở không đều 3,1%, có khối bất thường (thường gặp có khối tại vết mổ) 6,1%. Thấy 9 ca CRP (+) chiếm 2,3% và 83 ca được hút buồng làm mô bệnh học, kết quả là: viêm niêm mạc TC 35,3%, rau thai thoái hóa 2,3%, hoại tử tế bào 0,9%. 5 ca (1,3%) nghi nhiễm khuẩn ối được cấy sản dịch có vi khuẩn gây bệnh, cấy máu (+) 3 ca (0,9%).

3.2. Các yếu tố liên quan đến nhiễm khuẩn hậu sản

Bảng 3.5. Liên quan giữa tình trạng viêm sinh dục dưới với nhiễm khuẩn hậu sản

Tiền sử viêm nhiễm	n	%	OR 95%CI	P
Không viêm	95	24,55	2,28 1,67 – 3,11	<0,05
Viêm	292	75,45		
Tổng	387	100,0		

Những trường hợp có viêm đường sinh dục dưới nguy cơ NKHS tăng lên 2,28 lần, $p < 0,05$.

Bảng 3.6. Liên quan giữa thời gian chuyển dạ với nhiễm khuẩn hậu sản

Thời gian chuyển dạ	n	%	OR 95%CI	P
<12 giờ	158	40,83	1,44 1,1 – 1,9	<0,05
≥12 giờ	229	59,17		
Tổng	387	100,0		

Thời gian chuyển dạ liên quan đến tình trạng NKHS với $p < 0,05$, nguy cơ NKHS ở nhóm có thời gian chuyển dạ ≥12 giờ tăng 1,44 lần so với nhóm <12 giờ.

Bảng 3.7. Liên quan giữa thời gian vỡ ối với nhiễm khuẩn hậu sản

Thời gian vỡ ối	n	%	OR 95%CI	P
Ối không vỡ	84	21,70	7,76 5,89-10,23	p1>0,05 p2<0,05 p3<0,05 p4<0,05
< 6 giờ	65	16,80		
≥ 6 giờ	238	61,5		
Tổng	387	100,0		

Tình trạng NKHS ở những trường hợp vỡ ối ≥ 6 giờ chiếm cao nhất 61,4%. So sánh thời gian ối vỡ theo từng cặp, có $p_1 > 0,05$ (ối không vỡ, <6 giờ); $p_2 < 0,05$ (ối không vỡ, ≥6 giờ); $p_3 < 0,05$ (<6 giờ, ≥6 giờ); $p_4 < 0,05$ (ối không vỡ, ối vỡ). So sánh thời gian vỡ ối ≥6 giờ với tổng thời gian ối vỡ <6 giờ và không vỡ thấy nguy cơ tăng lên 7,76 lần.

Bảng 3.8. Liên quan giữa can thiệp buồng tử cung với nhiễm khuẩn hậu sản

Can thiệp buồng tử cung	n	%	OR 95%CI	P
Có	258	66,67	1,69 1,27-2,25	<0,05
Không	129	33,33		
Tổng	387	100,0		

Trong tổng số 387 ca NKHS, số ca được can thiệp kiểm soát tử cung/bóc rau chiếm khoảng 66,67%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Có can thiệp buồng tử cung làm tăng nguy cơ NKHS lên 1,69 lần.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ nhiễm khuẩn hậu sản, đặc điểm lâm sàng – cận lâm sàng

4.1.1. Tỷ lệ NKHS

Tỷ lệ chung

Bảng 3.1 cho thấy tỷ lệ NKHS trong năm 2015 chiếm cao nhất tới 0,58%. Tỷ lệ này giảm cho đến năm 2019 còn 0,42%. Trung bình 5 năm là 0,53%. Nghiên cứu của tác giả Mạc Thanh Tùng [5] cũng tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng tỷ lệ NKHS chung là 0,63%; năm 2011 là 0,57% và năm 2012 chiếm 0,66%. Tác giả Chử Quang Độ [1] thấy 2,86% bệnh nhân NKHS trong tổng số mổ đẻ trong hai năm 2001 – 2002. Trên thế giới, tỷ lệ NKHS khác nhau theo năm nghiên cứu, tác giả và đối tượng. Tại Hoa Kỳ tác giả Acosta CD [6] thấy tỷ lệ này là 10/100.000 trường hợp. Tại Ấn Độ, tác giả Khumanthem PD [7] nghiên cứu tình trạng tử vong và nguyên nhân gây tử vong của sản phụ, từ 2000-2009 có 1% ca tử vong mẹ và NKHS ở các sản phụ tử vong chiếm khoảng 13,75%. Nhận thấy tỷ lệ NKHS có sự chênh lệch không nhiều so với các nghiên cứu trong nước, nhưng thấp hơn rất nhiều so với các nghiên cứu nước ngoài. Có sự khác nhau này là do nghiên cứu dựa trên tỷ lệ NKHS trên cơ mẫu là tổng số sản phụ vào viện đẻ. Còn các tác giả nước ngoài dựa trên cơ mẫu là các sản phụ nhập viện sau đẻ và có vấn đề về hậu sản. Số lượng bệnh nhân NKHS chênh lệch 5 năm không nhiều, tỷ lệ giảm đi theo từng năm. Điều này cho thấy sự kiểm soát tốt trong công tác điều trị, chăm sóc dự phòng cho bệnh nhân sau đẻ và là sự thành công trong điều trị lâm sàng.

Tỷ lệ theo hình thái lâm sàng

Qua bảng 3.2 thấy hình thái hay gặp nhất của NKHS là viêm niêm mạc tử cung (71,58%), tiếp theo là nhiễm khuẩn vết mổ

và nhiễm khuẩn tầng sinh môn. Các hình thái viêm tử cung toàn bộ, viêm phúc mạc tiểu khung, viêm phúc mạc toàn bộ hiếm gặp hơn. Không gặp trường hợp nào viêm phần phụ, nhiễm khuẩn huyết hoặc viêm tắc tĩnh mạch. Tác giả Johnson A tại Anh thấy có 11% phụ nữ sau đẻ có vấn đề về NKHS như nhiễm khuẩn vết mổ, nhiễm khuẩn TSM. Các nghiên cứu của Chử Quang Độ [1], Mạc Thanh Tùng [5] đều chỉ ra rằng hình thái NKHS rất đa dạng nhưng viêm niêm mạc tử cung là hình thái hay gặp nhất.

4.1.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3.3 cho thấy triệu chứng lâm sàng của NKHS, sốt (79,07%), rét run (57,67%), đau bụng (44,19%), tử cung co chậm (60,47%), cổ tử cung đóng chậm (12,66%), nhiễm khuẩn vết mổ (11,63%), nhiễm khuẩn vết khâu TSM (15,24%). Phù hợp với kết quả của Chử Quang Độ [1], Mạc Thanh Tùng [5]. Đây là các biểu hiện kinh điển của các hình thái NKHS mà nhiều tài liệu, bài giảng đã đề cập đến.

4.1.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Các bệnh nhân NKHS trong nghiên cứu được làm công thức máu, siêu âm, hút buồng tử cung. Có một vài trường hợp có nhiễm khuẩn nặng được làm CRP, cấy sản dịch và cấy máu. Bảng 3.4 thấy 84,75% sản phụ có Hemoglobin ≥ 110 g/l, 10,7% từ 100 – 109g/l, 4,65% từ 70 – 90 g/l, không sản phụ nào có Hemoglobin < 70 g/l. Thiếu máu ở các sản phụ NKHS không nhiều còn do phụ thuộc vào nhiều yếu tố: mức độ mất máu sau đẻ, chế độ dinh dưỡng, tiền sử bệnh lý thiếu máu trước đó... 80,36% các trường hợp NKHS có BC > 10 G/l. Bạch cầu, CRP là 1 yếu tố thể hiện tình trạng nhiễm khuẩn. Tuy nhiên đánh giá các yếu tố nhiễm khuẩn nặng còn có các xét nghiệm khác như máu lắng, procancitonin thì CRP vẫn là một xét nghiệm

hiệu quả, nhanh chóng và dễ áp dụng nhất. Nghiên cứu này tỷ lệ CRP (+) chỉ có 2,3%, số lượng bệnh nhân được làm CRP còn quá ít. Siêu âm ổ bụng là xét nghiệm thường quy khi nghi ngờ NKHS, có thể cho biết tình trạng dịch ổ bụng, thể tích và vị trí của tử cung, dịch trong buồng tử cung, độ dày của niêm mạc tử cung... Kết quả cho thấy 213 bệnh nhân được siêu âm cho kết quả bất thường chiếm 55,0%. Trong đó có dịch buồng TC chiếm 45,5%, niêm mạc nhăm nhở không đều chiếm 3,1%, có khối bất thường (thường là gặp có khối tại vết mổ) 6,46%. Điều này có thể giải thích là do hầu hết sản phụ NKHS đều thuộc thể lâm sàng là viêm niêm mạc tử cung. Trong 150 ca được hút buồng tử cung và làm mô bệnh học, kết quả thấy viêm niêm mạc tử cung chiếm cao nhất 35,9%, rau thai thoái hóa (2,3%), hoại tử tế bào (0,9%). Kết quả nghiên cứu này phù hợp với kết quả của Nguyễn Sỹ Thịnh, có 6,1% được chẩn đoán là viêm niêm mạc tử cung[4].

4.2. Các yếu tố liên quan

4.2.1. Tiền sử viêm nhiễm đường sinh dục dưới

Một số nghiên cứu chỉ ra rằng viêm nhiễm ở phụ nữ ở Việt Nam khá cao. Bùi Thị Thu Hà [2] thấy tỷ lệ viêm nhiễm đường sinh dục dưới chiếm 62,1% trong độ tuổi từ 19 – 49 tuổi. Mạc Thanh Tùng [5] tỷ lệ này là 70,5%. Trong nghiên cứu này thấy tỷ lệ viêm nhiễm đường sinh dục dưới ở các bệnh nhân NKHS chiếm 75,45% (OR: 2.28, $p < 0,05$). Tỷ lệ này cao như vậy là do phụ nữ có thai hệ miễn dịch suy giảm kết hợp với công tác phòng ngừa viêm nhiễm đường sinh dục chưa thực sự được quan tâm đáng kể.

4.2.2. Thời gian chuyển dạ

Nghiên cứu này cho kết quả tỷ lệ NKHS ở nhóm có thời gian chuyển dạ ≥ 12 giờ là

59,17%, < 12 giờ là 40,83% ($p < 0,05$). Mạc Thanh Tùng [5] cho kết quả theo dõi ≥ 12 giờ chiếm 57,5%, < 12 giờ chiếm 42,5%. Theo Nguyễn Thùy Nhung thời gian chuyển dạ kéo dài làm tăng tỷ lệ sản phụ viêm niêm mạc tử cung sau đẻ. Nhóm có thời gian chuyển dạ > 6 giờ có nguy cơ mắc viêm niêm mạc tử cung sau đẻ cao gấp 2,21 lần so với nhóm < 6 giờ [3]. Do khi chuyển dạ nút nhày cổ tử cung bị bong ra kết hợp với thăm khám tạo điều kiện cho vi khuẩn gây bệnh có sẵn từ âm đạo xâm nhập lên buồng tử cung, đặc biệt trong trường hợp vỡ ối. Vì vậy cần đánh giá đúng chuyển dạ mới cho sản phụ vào nằm chờ đẻ để hạn chế, giảm nguy cơ NKHS sau này.

4.2.3. Thời gian ối vỡ

Bảng 3.7 cho thấy không vỡ ối chiếm 21,70%, vỡ < 6 giờ 16,8% và cao nhất ở nhóm vỡ ối ≥ 6 giờ là 61,5%. Khi so sánh thời gian ối vỡ ở từng cặp. Các trường hợp (ối không vỡ, < 6 giờ) có $p_1 > 0,05$; (ối không vỡ, ≥ 6 giờ) có $p_2 < 0,05$; (< 6 giờ, ≥ 6 giờ) có $p_3 < 0,05$; (ối không vỡ, ối vỡ) có $p_4 < 0,05$. So sánh thời gian vỡ ối ≥ 6 giờ với tổng thời gian ối vỡ < 6 giờ và ối không vỡ cho thấy nguy cơ tăng lên 7,76 lần.

Theo Mạc Thanh Tùng[5] nguy cơ viêm niêm mạc tử cung của ối vỡ non/sớm tăng lên 2,2 lần so với ối vỡ đúng lúc. Chử Quang Độ[1] cũng thấy ối vỡ ≥ 6 giờ thì tỷ lệ nhiễm khuẩn sau mổ đẻ là 28,52%. Thời gian 6 giờ là khoảng thời gian đủ để vi khuẩn có hại sinh sôi, phát triển và gây bệnh trong buồng tử cung, đặc biệt trên cơ thể mẹ đang có sự suy giảm miễn dịch. Thời gian vỡ ối càng lâu thì tỷ lệ nhiễm khuẩn ngược dòng càng lớn, nguy cơ mắc các bệnh lý NKHS càng cao.

4.2.4. Can thiệp buồng tử cung

Số ca được can thiệp kiểm soát tử cung/bóc rau chiếm trong nghiên cứu này

khoảng 66,57% ($p < 0,05$). Con đường lây nhiễm gây NKHS có thể do nhiều đường khác nhau. Tuy nhiên mổ đẻ, kiểm soát tử cung/bóc rau, nạo phá thai trên 22 tuần là cơ hội đưa vi khuẩn gây bệnh vào buồng tử cung. Nguy cơ này tăng lên nếu các thủ thuật trên không được tiến hành trong môi trường vô khuẩn.

V. KẾT LUẬN

5.1. Tỷ lệ NKHS

Tỷ lệ NKHS năm 2015 cao nhất tới 0,58%, năm 2017 là 0,57%, năm 2019 giảm còn 0,42%, trung bình 5 năm là 0,53%. Theo hình thái, tỷ lệ NKHS lần lượt là: viêm niêm mạc tử cung hay gặp nhất chiếm 71,58%, nhiễm khuẩn tầng sinh môn (13,18%), nhiễm khuẩn vết mổ (11,11%). Viêm tử cung toàn bộ, viêm phúc mạc tiểu khung, viêm phúc mạc toàn bộ hiếm gặp. Không có trường hợp nào viêm phần phụ, nhiễm khuẩn huyết hoặc viêm tắc tĩnh mạch.

5.2. Các yếu tố ảnh hưởng đến NKHS

Viêm nhiễm đường sinh dục dưới được ghi nhận trên sản phụ có NKHS là 75,35%, nguy cơ NKHS tăng lên 2,28 lần. Thời gian chuyển dạ và thời gian vỡ ối càng lâu thì tỷ lệ NKHS càng cao, nhóm có thời gian chuyển dạ ≥ 12 giờ chiếm 59,07% nguy cơ NKHS tăng 1,44 lần, vỡ ối ≥ 6 giờ 61,4% nguy cơ tăng 7,76 lần. Can thiệp buồng tử cung chiếm 66,57% làm tăng nguy cơ NKHS lên 1,69 lần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chữ Quang Độ (2002)**, "Góp phần nghiên cứu các hình thái lâm sàng và các yếu tố liên quan gây nhiễm khuẩn sau mổ đẻ tại

VBVBM&TSS từ 1/2000–6/2002". Luận văn tốt nghiệp thạc sĩ Y khoa, Trường đại học Y Hà Nội, tr. 65–68

2. **Bùi Thị Thu Hà (2007)**, "Nhiễm khuẩn sinh sản ở phụ nữ từ 19 – 49 tuổi phường Mai Dịch, Hà Nội năm 2005", Tạp chí y học thực hành số 12, tr. 93 – 96
3. **Nguyễn Thùy Nhung (2013)**, "Nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ và kết quả điều trị viêm niêm mạc tử cung sau đẻ tại Bệnh Viện Phụ Sản Trung Ương". Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Trường Đại Học Y Hà Nội, tr. 25–43.
4. **Nguyễn Sỹ Thịnh (2010)**, "Nghiên cứu viêm niêm mạc tử cung sau đẻ điều trị tại bệnh viện Phụ Sản Trung ương trong 2 năm (2008 – 2009)". Luận văn tốt nghiệp thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, tr. 69 – 70.
5. **Mạc Thanh Tùng (2014)**, "Nghiên cứu tỷ lệ nhiễm khuẩn hậu sản và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng năm 2011 – 2012". Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ CKII. Trường ĐHY Dược Hải Phòng.
6. **Acosta, Colleen D và các cộng sự. (2013)**, "The continuum of maternal sepsis severity: incidence and risk factors in a population-based cohort study", PloS one. 8(7).
7. **Khumanthem, Pratima Devi, Chanam, Manglem Singh và Samjetshabam, Randhoni Devi (2012)**, "Maternal mortality and its causes in a tertiary center", The Journal of Obstetrics and Gynecology of India. 62(2), tr. 168–171
8. **World Health Organization (2015)**, WHO recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections: highlights and key messages from the World Health Organization's 2015 global recommendations.