

YẾU TỐ NGUY CƠ CỦA NHIỄM TRÙNG TIỂU SAU MỔ SANH

Trần Sơn Thạch, Trần Văn Út, Nguyễn Thị Bích Duyên, Vũ Thị Hạnh Như, Trần Thị Hoa Vi

Tỉ lệ mổ sanh ngày càng gia tăng trên khắp thế giới, đã chiếm hơn 50% trường hợp sanh tại nhiều trung tâm. Nhiễm trùng tiểu (NTT) là loại nhiễm khuẩn bệnh viện thường gặp nhất và có thể dẫn đến nhiều biến chứng nguy hiểm. Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 1.095 sản phụ mổ sanh tại bệnh viện Hùng Vương trong thời gian từ 01/03/2006 đến 31/05/2006 nhằm xác định tần suất hiện mắc và yếu tố nguy cơ của NTT sau mổ sanh. Tất cả bệnh nhân nghiên cứu đều được xét nghiệm tổng phân tích nước tiểu (10 thông số) vào ngày hậu phẫu thứ hai và những trường hợp nghi ngờ đều được cấy nước tiểu để xác định chẩn đoán. Trong thời gian nghiên cứu, có 6,8% bệnh nhân hậu phẫu được chẩn đoán NTT theo tiêu chuẩn chẩn đoán của CDC, với 91% được chẩn đoán xác định bằng cấy nước tiểu. Sau khi khống chế nhiễu bằng phương trình hồi qui đa biến số, có 3 yếu tố nguy cơ của nhiễm trùng tiểu sau mổ sanh, bao gồm thời gian đặt thông tiểu (TSC hiệu chỉnh 1,31 cho tăng mỗi 12 giờ; KTC 95% 1,09-1,58), thời gian chuyển dạ kéo dài hơn 12 giờ (TSC hiệu chỉnh 1,95; KTC 95% 1,14-3,32) và vô cảm bằng gây mê toàn thân (TSC hiệu chỉnh 1,81; KTC 95% 1,01-3,34). Kết quả nghiên cứu cho thấy không nên lưu thông tiểu lâu sau mổ sanh, và những sản phụ có nguy cơ cao cần được xác định và theo dõi chặt chẽ.

Risk factors for post-cesarean urinary tract infection

Worldwide health care systems have witnessed the steady increase of Cesarean section, contributing more than 50% of deliveries in many institutes. Urinary tract infection (UTI) is the commonest post-cesarean infection which could result in many serious complications. A cross-sectional study was carried out on 1,095 women delivered abdominally between March 01 and May 31, 2006 at Hung Vuong Hospital to identify the prevalence of and the risk factors for post-cesarean UTI. All study subjects were screened using 10-parameter urinary analysis at the second postoperative day and urinary cultures were indicated for all suspected cases. The prevalence of post-cesarean UTI, defined by CDC criteria, was 6.8%, among which 91% was confirmed by urinary cultures. Three independent risk factors of post-cesarean UTI were indwelling urinary catheterization duration (adjusted odd ratio [OR] 1.31 for every 12-hour increase, 95% CI 1.09-1.58), duration of labor more than 12 hours (OR 1.95, 95%CI 1.14-3.32) and general anesthesia (OR 1.81, 95%CI 1.01-3.34). It would be recommended that urinary catheter should be removed soon postoperatively, whilst the high-risk patients should be identified and monitored closely using the standard institutional protocol.

Bệnh viện Hùng Vương, 128 Hồng Bàng, Quận 05, Tp. HCM (TS Thạch TS.BS, TV Út BS), Trung tâm đào tạo và bồi dưỡng cán bộ y tế (NTB Duyên, VTH Như, TTH Vi)

Liên hệ: TS Thạch (email: transon_thach@yahoo.com.vn)

Đặt vấn đề

Mổ sanh ngày càng gia tăng, chiếm đến hơn 50% trường hợp sanh tại nhiều bệnh viện chuyên khoa trên thế giới. Tại Tp Hồ Chí Minh, tỉ lệ mổ sanh gia tăng từ 20,2% vào năm 2000 lên đến 35% vào năm 2006.¹ So với sanh ngã âm đạo, mổ sanh làm gia tăng các biến chứng,^{2, 3} trong đó có biến chứng nhiễm trùng tiểu (NTT).⁴ NTT gia tăng gấp 2,7 lần (KTC 95% 2,3-3,2) nếu sản phụ được mổ sanh.⁴ Nhiễm trùng tiểu làm kéo dài thời gian nằm viện, gia tăng chi phí điều trị, và làm ảnh hưởng nhiều đến sức khỏe người mẹ.⁵ Nhiều báo cáo ghi nhận có khoảng 2 đến 14,5% bệnh nhân mổ sanh được

chẩn đoán NTT.⁶⁻¹⁰ Trong một nghiên cứu tiền cứu vào năm 1997 tại BV Hùng Vương, chỉ có 2% bệnh nhân mổ sanh được chẩn đoán NTT.⁶ Tuy nhiên vì NTT không được chú động chẩn đoán trong nghiên cứu này, nên tỉ lệ 2% rõ ràng chưa đánh giá đúng mức độ của NTT sau mổ sanh tại Việt Nam.

Ngoài ra, thật ngạc nhiên vì dù là một biến chứng rất phổ biến nhưng cho đến thời điểm hiện tại yếu tố nguy cơ của NTT sau mổ sanh chưa được đánh giá một cách đầy đủ. Chỉ có một thử nghiệm lâm sàng tại Thái Lan vào năm 1994¹¹ ghi nhận hình thức đặt thông tiểu có thể ảnh hưởng đến NTT sau mổ sanh. Trong khi

đó, chưa có nghiên cứu nào tại Việt Nam xác định yếu tố nguy cơ của NTT sau mổ sanh, mặc dù việc xác định nhóm bệnh nhân nguy cơ cao đóng vai trò hết sức quan trọng trong nỗ lực khống chế nhiễm trùng sau mổ sanh nói chung, và NTT nói riêng, trong hoàn cảnh thực tế của các nước đang phát triển. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu xác định tần suất hiện mắc và những yếu tố nguy cơ của NTT sau mổ sanh tại BV Hùng Vương.

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang được tiến hành trong thời gian từ 1/3/2006 đến 31/5/2006 tại khoa Hậu phẫu của BV Hùng Vương, Tp. Hồ Chí Minh. BV Hùng Vương là bệnh viện chuyên ngành sản phụ khoa và sơ sinh với khoảng 30.000 trường hợp sanh với tỉ lệ mổ sanh vào năm 2006 là 29,3%. Bệnh viện Hùng Vương chịu trách nhiệm chỉ đạo kỹ thuật và nhận bệnh nhân từ 24 quận huyện của Tp. Hồ Chí Minh và một số huyện của các tỉnh lân cận.

Tất cả bệnh nhân mổ sanh trong thời gian nghiên cứu nằm tại khoa Hậu phẫu của BV Hùng Vương được mời tham gia nghiên cứu. Những bệnh nhân có chẩn đoán NTT trước mổ và những bệnh nhân chuyển viện trước ngày thứ hai phẫu thuật được loại ra khỏi nghiên cứu này. Vào ngày hậu phẫu thứ hai, tất cả các sản phụ nằm tại khoa Hậu phẫu nếu thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và đồng ý tham gia nghiên cứu được làm tổng phân tích nước tiểu và cấy lắng (xét nghiệm 10 thông số). Những bệnh nhân còn lưu thông tiểu sẽ được lấy nước tiểu sau khi rút thông tiểu. Bệnh nhân được nhóm nghiên cứu hướng dẫn cách lấy nước tiểu đúng cách vào một lọ thử vô trùng. Bệnh nhân phải rửa tay sạch, sau đó rửa vùng hội âm 4 lần từ trước ra sau, sau đó phải loại bỏ nước tiểu đầu dòng trong lúc tiểu tự nhiên, và chú ý không để tay chạm vào miệng lọ đựng nước tiểu. Lọ đựng nước tiểu được gửi ngay cho nữ hộ sinh và gửi xuống phòng xét nghiệm để thực hiện tổng phân tích nước tiểu và cấy lắng. Những bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng NTT hoặc có kết quả tổng phân tích nước tiểu nghi ngờ NTT- bao gồm nitrit và bạch cầu (+) hoặc cấy lắng có ≥ 3 bạch cầu/quang trường 40- được cấy nước tiểu để xác định chẩn đoán. Bệnh nhân được chẩn đoán NTT nếu có một trong hai tiêu chuẩn sau¹²:

Tiêu chuẩn 1: bệnh nhân có ít nhất một trong các triệu chứng sau mà không tìm ra nguyên

nhân: sốt $> 38^{\circ}\text{C}$ hoặc tiểu gắt, tiểu buốt, đau vùng mu và cấy nước tiểu (+) $> 10^5$ khuẩn lạc/cm³ nước tiểu với chỉ một tác nhân.

Tiêu chuẩn 2: bệnh nhân có ít nhất một trong các triệu chứng sau mà không tìm ra nguyên nhân: sốt $> 38^{\circ}\text{C}$ hoặc tiểu gắt, tiểu buốt, đau vùng mu và có một trong các điều kiện dưới đây:

- + Thử nước tiểu (+) với esterase hoặc nitrite của bạch cầu.
- + Tiểu mù > 10 bạch cầu/mm³ nước tiểu hoặc 3 bạch cầu/quang trường 40.
- + Nhuộm gram thấy vi khuẩn trong nước tiểu tươi.
- + Ít nhất 2 lần cấy nước tiểu (+) $> 10^2$ khuẩn lạc/cm³ với cùng một tác nhân.
- + Cấy nước tiểu $\leq 10^5$ khuẩn lạc/cm³ với chỉ một tác nhân ở một người bệnh đang được điều trị với kháng sinh hiệu quả chống NTT.
- + Chẩn đoán của bác sĩ điều trị.
- + Bác sĩ áp dụng phác đồ điều trị NTT.

Những thông tin về đặc điểm bản thân, thai kỳ, chuyển dạ, mổ sanh và theo dõi hậu phẫu được ghi nhận vào Bảng thu thập số liệu soạn sẵn. Số liệu hoàn tất khi bệnh nhân xuất viện. Cơ mẫu được tính toán dựa vào kết quả của một nghiên cứu điểm, được tiến hành từ 20-28/2/2007. Để kiểm định giả thiết về mối liên quan giữa thời gian đặt thông tiểu với nguy cơ NTT sau mổ sanh, với $\alpha=5\%$, $\beta=20\%$, cần tối thiểu 996 trường hợp mổ sanh, trong đó có 10% được đặt thông tiểu kéo dài. Số liệu được quản lý bằng phần mềm Excel 2000 và phân tích bằng phần mềm STATA 8.0. Tất cả các biến số có khả năng liên quan đến kết cục ($P \leq 0,2$) và các biến số nghi ngờ là yếu tố gây nhiễu sẽ được đưa vào phương trình hồi qui đa biến số và được phân tích theo phương thức loại ra dần (backward stepwise). Mức độ 0,05 được đánh giá là có ý nghĩa thống kê.

Kết quả

Trong thời gian nghiên cứu, tại khoa hậu phẫu bệnh viện Hùng Vương, chúng tôi ghi nhận có 1.095 sản phụ mổ sanh thỏa tiêu chuẩn chọn vào mẫu nghiên cứu, trong đó có 74 trường hợp được chẩn đoán NTT sau mổ sanh, chiếm tỉ lệ 6,8%. Đặc điểm mẫu nghiên cứu được ghi nhận trong Bảng 1. Đa số bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu sanh lần đầu với 8,4% đã từng sảy/nạo hút thai từ 2 lần trở lên (9,4% trong nhóm NTT và 8,3% trong nhóm không NTT).

Bảng 1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Đặc điểm	NTT (+) (n=74)	NTT (-) (n=1.021)	Tổng cộng (N=1.095)
Tuổi	30,1± 6,0	29,8± 5,8	29,9± 5,8
Tiền sử thai kỳ			
Con so	66,2%	57,0%	57,6%
Con lần 2	27,0%	36,6%	36,0%
Con lần 3	5,4%	5,4%	5,4%
> lần 3	1,4%	1,0%	1,0%
Nghề nghiệp			
Nội trợ	29,7%	39,9%	39,2%
CN/thợ	31,1%	27,3%	27,6%
Buôn bán	13,5%	16,0%	15,8%
CNV	18,9%	13,7%	14,0%
Làm ruộng	6,8%	3,1%	3,4%
Học vấn			
Mù chữ	2,7%	2,4%	2,4%
Cấp 1	18,9%	15,3%	15,5%
Cấp 2	40,5%	45,8%	45,5%
Cấp 3	25,7%	29,3%	29,0%
> Cấp 3	12,2%	7,2%	7,6%
Nơi khám thai			
BV Sản	44,6%	55,4%	54,7%
Trạm y tế	14,8%	13,2%	13,3%
Bác sĩ tư	17,6%	12,8%	13,2%
BV đa khoa	10,8%	9,9%	10,0%
TT Y Tế	12,2%	7,9%	8,1%
Không khám	0	0,8%	0,7%
Tuổi thai (tuần)	39,2± 1,7	39,1± 1,8	39,1± 1,8

Ngoài ra, đa số bệnh nhân nghiên cứu đều khoẻ mạnh, chỉ có 14,3% có bệnh lý kèm theo với đa số là cao huyết áp, tiền sản giật (79,7% trong nhóm NTT và 86,1% trong nhóm không NTT). Chỉ có 8 bệnh nhân không đi khám thai, trong khi đó có đến 92,3% bệnh nhân đi khám thai từ 3 lần trở lên (89,2% trong nhóm NTT và 92,6% trong nhóm không NTT), với hơn 50% khám tại các bệnh viện chuyên khoa.

Bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có thời gian chuyển dạ trung bình là 7,8 giờ (9,3 giờ trong nhóm NTT và 7,7 giờ trong nhóm không NTT), với 30 trường hợp ghi nhận có sốt trong chuyển dạ (Bảng 2). Có đến 1/3 số bệnh nhân được mổ sanh vì thai trình ngưng tiến và bất xứng đầu chậu, với tỉ lệ tương đương trong hai nhóm nghiên cứu (31% trong nhóm NTT và 31,9% trong nhóm không NTT). Mổ sanh vì thai suy (13,6%) và hội chứng chèn ép rốn (7,8%) cũng khá thường gặp. Bên cạnh đó, có hơn 93% trường hợp cuộc mổ hoàn thành trong vòng 60 phút với lượng máu mất trung bình 343ml (± 171 ml).

Có 1/3 số bệnh nhân nghiên cứu được sử

dụng kháng sinh trong thời gian chuyển dạ, chủ yếu để dự phòng trong trường hợp ôi vỡ non. Trong khi đó tất cả bệnh nhân mổ sanh đều được sử dụng kháng sinh dự phòng, trong đó chỉ có 1 bệnh nhân không tiếp tục sử dụng kháng sinh sau mổ. Trong thời gian nghiên cứu có 74 trường hợp được chẩn đoán NTT, với 33 trường hợp có triệu chứng lâm sàng, trong đó tiểu gắt buốt là triệu chứng thường gặp nhất (83,3%), theo sau là tiểu khó (10%), và tiểu lắt nhắt (6,7%). Tiêu chuẩn chẩn đoán NTT được trình bày trong Bảng 3.

Trong số những trường hợp NTT được chẩn đoán chắc chắn bằng cấy nước tiểu, đa số vi trùng gây bệnh là E.Coli (38,8%), Staphylococcus coagulase (-) (19,4%), Enterococcus spp (8,9%) và Enterobacter spp (8,9%). Ngoài ra có 5 trường hợp định danh ra Pseudomonas spp, chiếm 7,5%.

Sử dụng phương trình hồi qui đa biến số để không chế các yếu tố gây nhiễu, chúng tôi ghi nhận có 3 yếu tố nguy cơ của NTT sau mổ sanh, bao gồm thời gian đặt thông tiểu, thời gian chuyển dạ và vô cảm bằng phương pháp gây mê (Bảng 4). Trong khi đó, một số yếu tố khác có khả năng làm tăng nguy cơ NTT sau mổ sanh bao gồm thai quá ngày (TSC hiệu chỉnh cho tuổi thai ≥ 42 tuần = 2,21; KTC 95% 0,75-6,55), và sốt trong chuyển dạ (TSC hiệu chỉnh = 2,02; KTC 95% 0,66-6,2).

Bảng 2. Đặc điểm trước và trong lúc mổ

Đặc điểm	NTT (+) (n=74)	NTT (-) (n=1.021)	Tổng (N=1095)
Sốt trong chuyển dạ	5,4%	2,6%	2,7%
Đặt thông tiểu trước mổ	5,4%	4,9%	4,9%
Sử dụng KS trước mổ	39,2%	38,3%	38,4%
Vô cảm bằng pp gây mê	23%	12,8%	13,5%
Thời gian mổ			
< 30 phút	1,4%	2,1%	2%
30- 59 phút	93,2%	90,6%	90,8%
≥ 60 phút	5,4%	7,3%	7,2%
Máu mất lúc mổ			
< 500ml	86,5%	92,2%	91,9%
500- 999ml	8,1%	6,4%	6,5%
≥ 1000 ml	5,4%	1,4%	1,6%
Truyền máu	5,4%	2,3%	2,5%

Bảng 3. Chẩn đoán nhiễm trùng tiểu theo CDC

Tiêu chuẩn chẩn đoán NTT	Số người
Cấy nước tiểu (+)	67 (90,5%)
Có triệu chứng NTT+ XN cận lắng có Bạch cầu ≥ 3 /QT 40	1 (1,3%)
Có triệu chứng NTT+ Tổng phân tích nước tiểu có Nitrit (+)	3 (4,1%)
Có triệu chứng NTT+ chẩn đoán của bác sĩ điều trị	3 (4,1%)

BÀN LUẬN

Nhiễm trùng tiểu là loại nhiễm khuẩn bệnh viện thường gặp nhất sau phẫu thuật với tỉ lệ có thể lên đến 14,5%. Với sự gia tăng nhanh chóng của mổ sanh trên khắp thế giới, xác định mức độ và yếu tố nguy cơ của NTT sau mổ sanh đóng vai trò hết sức quan trọng trong nỗ lực khống chế nhiễm khuẩn bệnh viện. Nghiên cứu cắt ngang tiền cứu tại một bệnh viện chuyên khoa sản tại Tp. Hồ Chí Minh đã ghi nhận tần suất hiện mắc của NTT sau mổ sanh là 6,8%, với 90% trường hợp được chẩn đoán bằng cấy nước tiểu dương tính, và xác định được 3 yếu tố nguy cơ của NTT sau mổ sanh bao gồm thời gian đặt thông tiểu sau mổ, thời gian chuyển dạ và phương pháp vô cảm. Theo chúng tôi đây là nghiên cứu đầu tiên tại Việt Nam ghi nhận yếu tố nguy cơ của NTT sau mổ sanh sau khi đã khống chế nhiễm khuẩn bằng phân tích hồi qui đa biến số.

Chúng tôi ghi nhận có 6,8% bệnh nhân được chẩn đoán NTT sau mổ sanh, mặc dù tần suất này có thể chưa phản ánh đúng mức tình hình NTT sau mổ sanh. Mặc dù đã cố gắng loại những trường hợp có dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng của NTT trước mổ sanh, nhưng do những hạn chế về kinh phí, chúng tôi không thể xét nghiệm sàng lọc NTT, bằng tổng phân tích nước tiểu hay bằng cấy nước tiểu, từ trước mổ cho tất cả bệnh nhân. Do vậy, chúng tôi chỉ ghi nhận được tần suất hiện mắc (prevalence) chứ không ghi nhận được tỉ lệ bệnh mới mắc (incidence) của NTT sau mổ sanh. Ngoài ra, do tất cả bệnh nhân của chúng tôi đều được sử dụng kháng sinh “dự phòng” trong thời gian hậu phẫu, kết quả cấy nước tiểu rõ ràng là có thể bị ảnh hưởng.

Tần suất NTT trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nhiều so với một báo cáo tại Anh Quốc.⁹ Thực hiện khi cấy nước tiểu thường qui cho tất cả 124 bệnh nhân mổ sanh, Parrot và cộng sự ghi nhận có 18 bệnh nhân (14,5%) được

chẩn đoán NTT sau mổ. Biện pháp cấy nước tiểu một cách chọn lọc cho những trường hợp có nghi ngờ NTT thông qua biện pháp sàng lọc bằng xét nghiệm tổng phân tích nước tiểu 10 thông số, mặc dù có một số khiếm khuyết,¹³ lại là một biện pháp kinh tế và khả thi trong điều kiện thực tế của các nước đang phát triển. Phương thức này cũng đã được chứng minh là hữu hiệu trong chẩn đoán loại trừ những trường hợp NTT.¹⁴ Thực hiện phân tích meta trên 23 nghiên cứu được xuất bản từ năm 1996 đến 2003, St John và cộng sự ghi nhận kết quả xác suất sau xét nghiệm tổng hợp (pooled posttest probability) là 5% cho kết quả tổng phân tích nước tiểu âm tính. Trong khi đó, tần suất NTT của chúng tôi cao hơn một số báo cáo trước đây, dao động vào khoảng 2%,⁶ 3%,⁷ 4%.⁸ Trong khi chúng tôi sàng lọc NTT sau mổ sanh bằng xét nghiệm tổng phân tích nước tiểu 10 thông số cho tất cả sản phụ mổ sanh vào ngày thứ hai, thì những tác giả này chỉ thực hiện xét nghiệm cho những bệnh nhân có dấu hiệu lâm sàng của NTT. Cách thực hiện này rõ ràng không đánh giá đúng mức độ của tình trạng NTT sau mổ sanh vì trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 45% trường hợp NTT có biểu hiện triệu chứng lâm sàng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thông tiểu được đặt ngay trước mổ sanh cho tất cả các sản phụ, và được rút khi sản phụ được chuyển về khoa Hậu phẫu. Những trường hợp cần theo dõi lượng nước tiểu, ví dụ như có bệnh lý nội khoa, hoặc trường hợp bị bí tiểu, sản phụ sẽ được đặt thông tiểu lưu. Nguy cơ NTT gia tăng 31% nếu kéo dài thời gian đặt thông tiểu thêm mỗi 12 giờ. Kết quả này tương tự với nhiều báo cáo khác,^{15, 16} dù mức độ gia tăng NTT có khác nhau. Đặt thông tiểu, đặt biệt là nếu không tôn trọng những nguyên tắc vô khuẩn, sẽ tạo đường vào cho vi khuẩn và làm tăng nguy cơ NTT. Nguy cơ này càng cao nếu thông tiểu lưu càng lâu.^{14,15} Ngoài ra, nhu cầu cần đặt thông tiểu kéo dài có thể là một biểu hiện của một tình trạng bệnh lý làm cho sản phụ không thể đi tiểu bình thường sau mổ, và chính tình trạng bệnh lý này, vốn có thể không được ghi nhận khi thu thập số liệu và không thể khống chế bằng phương pháp phân tích thống kê, lại là nguyên nhân góp phần làm gia tăng nguy cơ NTT. Ngoài nguy cơ NTT, đặt thông tiểu kéo dài làm bệnh nhân khó chịu, làm tăng chi phí và thời gian nằm viện của bệnh nhân.⁵ Rút ngắn thời gian đặt thông tiểu sau sanh không

Bảng 4. Yếu tố nguy cơ của NTT sau mổ sanh

Yếu tố nguy cơ	TSC* hiệu chỉnh
Thời gian chuyển dạ > 12 giờ	1,95 (1,14 – 3,32)
Gây mê trong khi mổ	1,81 (1,01 – 3,34)
Thời gian đặt thông tiểu sau mổ (tăng mỗi 12 giờ)	1,31 (1,09 – 1,58)

* *Tỉ suất chênh (TSC)*

chỉ làm giảm nguy cơ NTT mà còn làm tăng chất lượng cuộc sống của sản phụ. Thậm chí, một số tác giả đang đặt vấn đề không sử dụng thông tiểu cho những trường hợp mổ chủ động nhằm làm giảm nguy cơ NTT sau mổ sanh. Năm 2005, Senanayake¹⁷ đã báo cáo một nghiên cứu trên 334 trường hợp mổ sanh chủ động tại Srilanka không cần đặt thông tiểu trước sanh và ghi nhận không có tai biến xảy ra trong và sau phẫu thuật trong khi tỉ lệ NTT được giảm rất đáng kể (6% so với 0.58%). Tuy nhiên với những thông tin còn hạn chế, bên cạnh những điểm yếu của nghiên cứu trên, rõ ràng chưa đủ bằng chứng để kết luận về hiệu quả và nguy cơ của biện pháp mổ sanh không sử dụng thông tiểu.

Bên cạnh thời gian đặt thông tiểu, thời gian chuyển dạ và phương pháp vô cảm cũng là yếu tố nguy cơ của NTT sau mổ sanh. Nguy cơ NTT tăng gấp đôi nếu chuyển dạ kéo dài trên 12 giờ. Kết quả của chúng tôi tương tự với một số báo cáo trước đây.^{18,19} Trong một nghiên cứu tiền cứu trên 506 sản phụ mổ sanh tại Thái Lan, sau khi khống chế nhiều, Pothinam và cộng sự¹⁹ ghi nhận thời gian chuyển dạ kéo dài hơn 12 giờ là yếu tố nguy cơ của nhiễm trùng hậu phẫu, trong đó có NTT. Chuyển dạ kéo dài đồng nghĩa với có thêm nhiều can thiệp, ví dụ như thăm khám âm đạo bằng tay..., có thể làm gia tăng nguy cơ NTT. Trong khi đó vô cảm bằng phương pháp gây mê toàn thân làm tăng nguy cơ NTT gấp 1,81 lần. Trong thực tế tại BV Hùng Vương, biện pháp gây mê toàn thân chỉ được thực hiện trong khoảng 5-10%²⁰ cho những trường hợp rất đặc biệt như suy thai cấp, nhau tiền đạo chảy máu nhiều, sa dây rốn hoặc tai biến sản khoa... Mặc dù đã có tác giả nhận định vô cảm bằng biện pháp mê toàn thân có thể làm tăng nguy cơ nhiễm trùng sau mổ sanh nói chung,²⁰ chúng tôi không tìm được báo cáo nào ghi nhận có mối liên quan giữa biện pháp vô cảm với NTT sau mổ sanh. Cơ

chế của hiện tượng này không rõ ràng, dù chưa thể loại trừ hoàn toàn khả năng ảnh hưởng (nhiều) của một số tình trạng bệnh lý của sản phụ.

Tóm lại, NTT sau mổ sanh là một biến chứng khá thường gặp và liên quan chặt chẽ đến thời gian đặt thông tiểu sau mổ sanh, thời gian chuyển dạ và phương pháp vô cảm. Sử dụng xét nghiệm tổng phân tích nước tiểu 10 thông số và cấy nước tiểu chọn lọc cho những trường hợp nghi ngờ sau mổ sanh có thể là một chiến lược phù hợp và kinh tế để sàng lọc và xác định chẩn đoán NTT trong hoàn cảnh thực tế của nước ta. Có thể cân nhắc chỉ định cấy nước tiểu cho những bệnh nhân có nguy cơ NTT cao. Đặt thông tiểu trước mổ cần tuân thủ chặt chẽ những nguyên tắc vô khuẩn và nên hạn chế lưu thông tiểu lâu sau mổ sanh. Những bệnh nhân có nguy cơ NTT cao cần được theo dõi và xử trí theo một phác đồ thống nhất của bệnh viện.

Tài liệu tham khảo

1. Trung tâm Bảo vệ Bà mẹ Trẻ em và KHHGD Tp. Hồ Chí Minh. Báo cáo tổng kết tình hình chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em Tp.HCM năm 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006.
2. Nguyễn Trọng Hiếu, Trần Sơn Thạch. Yếu tố tác động đến mổ sanh tại Tp Hồ Chí Minh. Thời sự Y Dược học 2005;Số 5: 261-264.
3. Lê Anh Tuấn, Phạm Phương Lan, Đoàn Thị Quỳnh Liên. Các phương pháp đẻ và các yếu tố dự báo trong mổ lấy thai tại bệnh viện Phụ sản Trung ương.
4. Schwartz MA, Wang CC, Eckert LO, Critchlow CW. Risk factors for urinary tract infection in the postpartum period. Am J Obstet Gynecol. 1999 Sep;181(3):547-53.
5. Givens CD, W.R., Catheter-associated urinary tract infections in surgical patients: a controlled study on the excess morbidity and costs. J Urol. 1980;124: 646-8.
6. Tran ST, Jamulitat S, Chongsuvivatwong V, Geater A. Risk Factors for Post-caesarean Surgical Site Infection. Obstet Gynecol. 2000; 95(3): 367-71.
7. Van Ham MA, Mulder J. Maternal consequences of Caesarean section: A retrospective study of intra-operative and postoperative maternal complications of Caesarean section during a 10-year period. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1997;74: 1-6.
8. Litta P, V.P., Konishi de Toffoli J, Onnis GL., Risk factors for complicating infections after cesarean section. Clin Exp Obstet Gynecol.1995; 22(1):71-5.
9. Parrott T, Evans AJ, Lowes A, Dennis KJ. Infection following caesarean section. J Hosp Infect. 1989 May;13(4):349-54.
10. Henderson E Incidence of hospital-acquired infections associated with caesarean section. J Hosp Infect. 1995;29:245-55.
11. Tangtrakul S, T.S., Suthutvoravut S, Linasmita V., Post-caesarean section urinary tract infection: a comparison between intermittent and indwelling catheterization. J Med Assoc Thai. 1994;77(5):244-8.

12. Garner JS, Emori TG, Horan TC, Hughes JM. CDC definition for nosocomial infections. *Am J Infect Control*, 1988. 16: p. 128-140.
13. Schwartz DS, Barone JE. Correlation of urinalysis and dipstick results with catheter-associated urinary tract infections in surgical ICU patients. *Intensive Care Med*. 2006;32(11):1797-801
14. St John A, Boyd JC, Lowes AJ, Price CP. The use of urinary dipstick tests to exclude urinary tract infection: a systematic review of the literature. *Am J Clin Pathol*. 2006;126(3):428-36.
15. Ha US, Cho YH. Catheter-associated urinary tract infections: new aspects of novel urinary catheters. *Int J Antimicrob Agents*. 2006 Dec;28(6):485-90.
16. Danchaivijitr S, Dhiraputra C, Cherdrunsi R, Jintanothaitavorn D, Srihapol N. Catheter-associated urinary tract infection. *J Med Assoc Thai*. 2005 Dec;88 Suppl 10:S26-30.
17. Senanayake H. Elective cesarean section without urethral catheterization. *J Obstet Gynaecol Res*. 2005;31(1):32-7.
18. Anteby SO, Birkenfeld A, Weinstein D. Post cesarean section urinary tract infections, risk factors and prophylactic antibiotic treatment. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 1984;11(4):161-4.
19. Pothinam S, C.T., Lumbiganon P., Post-cesarean section puerperal morbidity. The incidence and risk factors at Srinagarind Hospital. *J Med Assoc Thai*. 1992;75(3): 173-7.
20. Lê Minh Tâm. Phương pháp vô cảm trong mổ sanh do suy thai. Hội thảo khoa học BV Hùng Vương năm 2006;21-26.