

# Không băng vết mổ sau 48 giờ và sự hài lòng của thai phụ sau phẫu thuật lấy thai

Lâm Thị Hải Oanh, Nguyễn Thị Phương Uyên\*, Phạm Thị Mỹ Nhung  
Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Thời điểm tháo băng vết mổ sau mổ lấy thai vẫn còn nhiều tranh luận. Phương pháp băng truyền thống có thể gây khó chịu và tăng cảm giác đau cho thai phụ. **Mục tiêu:** So sánh hiệu quả và đánh giá sự hài lòng của thai phụ giữa phương pháp không băng vết mổ sau 48 giờ với phương pháp băng và thay băng truyền thống. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thử nghiệm ngẫu nhiên trên 328 thai phụ sau mổ lấy thai tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Long Thành từ 11/2024 - 5/2025. Thai phụ được phân bổ ngẫu nhiên vào nhóm không băng sau 48 giờ và nhóm băng truyền thống. **Kết quả:** Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ ở nhóm không băng là 1.2% so với 1.8% ở nhóm có băng. Nhóm không băng cho thấy ưu thế rõ rệt về trải nghiệm người bệnh: Tỷ lệ đau vừa và nặng giảm đáng kể (18.3% so với 36.6%); mức độ hài lòng về vệ sinh cơ thể cao hơn (72% so với 28%); tỷ lệ thai phụ cảm thấy "rất an tâm" về lành vết mổ cao gấp đôi (67.2% so với 32.8%) so với nhóm băng. **Kết luận:** Không băng vết mổ sau 48 giờ ghi nhận không làm tăng tỷ lệ nhiễm khuẩn và giúp cải thiện sự hài lòng và giảm đau cho thai phụ sau mổ lấy thai.

**Từ khóa:** không băng vết mổ, tháo băng sớm, chăm sóc vết mổ sau mổ lấy thai, nhiễm khuẩn vết mổ, sinh mổ

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chăm sóc hậu phẫu cho thai phụ mổ lấy thai bao gồm nhiều nội dung quan trọng, trong đó chăm sóc vết mổ giữ vai trò then chốt trong việc giảm tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ (VKVM), chảy máu và các biến chứng tại chỗ [1]. Việc thực hiện tốt các biện pháp chăm sóc vết mổ không chỉ ngăn ngừa sự lây truyền vi sinh vật mà còn bảo vệ thai phụ khỏi các nguy cơ nhiễm khuẩn, góp phần nâng cao chất lượng dịch vụ y tế [2]. Các nghiên cứu cho thấy nhiễm khuẩn vết mổ là một trong những loại nhiễm khuẩn bệnh viện phổ biến nhất, ảnh hưởng trực tiếp đến sức khỏe và tâm lý người bệnh. Đặc biệt, chỉ số khối cơ thể (BMI) cao là một yếu tố nguy cơ quan trọng làm tăng khả năng xảy ra nhiễm khuẩn vết mổ sau mổ lấy thai [3]. Tại Việt Nam, tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ sau phẫu thuật lấy thai vẫn còn tồn tại và có xu hướng thay đổi tùy theo quy mô, quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn của từng bệnh viện [4]. Khi không thực hiện tốt việc quản lý vết mổ, nguy cơ nhiễm khuẩn sẽ dẫn đến những hậu quả không mong muốn như tăng chi phí điều trị, kéo dài thời gian nằm viện, tăng sử dụng kháng sinh và ảnh hưởng đến quá trình hồi phục của thai phụ [4].

Hiện nay, chiến lược "mở băng" sớm (không băng vết mổ sau 48 giờ) đang được quan tâm nhằm cải thiện sự thoải mái cho thai phụ. Thai phụ sau mổ lấy thai cần được tiếp cận các phương pháp chăm

sóc hiện đại để vừa đảm bảo an toàn, vừa giảm bớt đau đớn và thuận tiện trong sinh hoạt cá nhân. Tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Long Thành, việc ứng dụng các quy trình mới trong chăm sóc vết mổ là cần thiết để nâng cao mức độ hài lòng của người bệnh. Để đánh giá hiệu quả và tính an toàn của phương pháp này, tôi thực hiện khảo sát với đề tài: "Không băng vết mổ sau 48 giờ và sự hài lòng của thai phụ sau phẫu thuật lấy thai".

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu trên thai phụ sau mổ lấy thai tại Khoa Sản Bệnh viện Đa khoa khu vực Long Thành, chia đều thành hai nhóm: Nhóm can thiệp và nhóm chứng.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả thai phụ phẫu thuật mổ lấy thai có chiều dài vết mổ  $\leq 15$  cm và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh chảy máu vết mổ sau 48 giờ; có dấu hiệu nhiễm khuẩn trước đó; mắc các bệnh suy giảm miễn dịch (HIV, tiểu đường tuýp II, bệnh tự miễn); hoặc đang dùng thuốc ức chế miễn dịch.

### 2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 11/2024 đến tháng 5/2025.

Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Phương Uyên

Email: [uyenntp@hiu.vn](mailto:uyenntp@hiu.vn)

- Địa điểm nghiên cứu: Khoa Sản trại hậu phẫu Bệnh viện Đa khoa khu vực Long Thành.

### 2.3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu thiết kế can thiệp lâm sàng có nhóm chứng.

### 2.4. Phương pháp chọn mẫu

Mẫu được chọn theo phương pháp chọn mẫu toàn bộ các thai phụ thỏa tiêu chuẩn cho đến khi đủ cỡ mẫu. Thai phụ đồng ý tham gia được phân bổ ngẫu nhiên vào hai nhóm theo tỷ lệ 1:1 bằng phần mềm tạo số ngẫu nhiên. Đối tượng nghiên cứu được chia làm 2 nhóm tương ứng với phương pháp can thiệp và chăm sóc cụ thể như sau:

- Thời điểm mở băng và đánh giá ban đầu: Tại đúng 48 giờ sau phẫu thuật, băng vết mổ được mở ở cả hai nhóm để đánh giá tình trạng vết mổ. Vết mổ được vệ sinh bằng nước muối sinh lý vô trùng 0.9%.
- Nhóm không băng (can thiệp): Không băng vết mổ sau 48 giờ. Mở băng vết mổ sau đúng 48 giờ, vệ sinh bằng nước muối sinh lý và để hở tiếp xúc không khí. Không thay băng thường quy đến ngày cắt chỉ (chỉ thay khi thấm dịch/máu hoặc nghi nhiễm khuẩn).
- Nhóm băng (chứng): Băng và thay băng vết mổ thông thường. Tiếp tục băng và thay băng vết mổ hàng ngày theo quy trình chăm sóc thông thường của khoa đến ngày cắt chỉ.
- Thời điểm cắt chỉ: Cắt chỉ da được thực hiện thống nhất ở cả hai nhóm vào ngày thứ 5 sau mổ (đối với mổ lấy thai lần đầu) hoặc ngày thứ 7 sau mổ (đối với mổ lấy thai lần 2 trở lên), sử dụng chỉ khâu da không tự tiêu. Quy trình cắt chỉ do điều dưỡng/hộ sinh đã được tập huấn thực hiện, sau đó vết mổ được để hở như nhóm can thiệp.
- Hướng dẫn chăm sóc sau xuất viện: Tất cả thai phụ đều được hướng dẫn bằng văn bản và giải thích miệng về cách theo dõi vết mổ tại nhà (dấu hiệu nhiễm khuẩn: sưng, đỏ, nóng, đau tăng, chảy mủ, sốt), vệ sinh cá nhân và lịch tái khám.

Cỡ mẫu được tính toán dựa trên công thức so sánh hai tỷ lệ được tính dựa trên công thức so sánh hai tỷ lệ với  $p_1 = 1\%$ ,  $p_2 = 10\%$ ,  $\alpha = 0.05$ ,  $\alpha = 0.05$  thì  $Z_{1-\alpha/2} = 1.96$ ;  $\beta = 0.80$  thì  $Z_{1-\beta} = 0.842$ , xác định tổng cộng 328 thai phụ, chia đều thành hai nhóm: Nhóm can thiệp (164 ca) và nhóm chứng (164 ca).

Sai lệch chọn lựa được hạn chế nhờ phân nhóm ngẫu nhiên có che giấu phân bổ bằng phong bì kín đánh số thứ tự. Sai lệch đo lường được kiểm soát bằng cách tập huấn thống nhất cho toàn bộ nhóm nghiên cứu về quy trình đánh giá vết mổ và sử dụng phiếu thu thập số liệu chuẩn hóa. Các yếu tố nhiễu

tìm ẩn (tiền căn mổ lấy thai, loại mổ, BMI, sử dụng kháng sinh trước mổ...) sẽ được kiểm tra cân bằng giữa hai nhóm và điều chỉnh bằng phân tích đa biến nếu cần thiết.

### 2.5. Phương pháp thu thập số liệu

Nghiên cứu thu thập số liệu bằng phiếu thu thập soạn sẵn dựa trên hồ sơ bệnh án, thăm khám trực tiếp và phỏng vấn thai phụ. Nội dung khảo sát gồm ba phần chính: (1) Đặc điểm chung và lâm sàng; (2) Tình trạng vết mổ; (3) Sự hài lòng của thai phụ. Các công cụ đo lường chính trong nghiên cứu bao gồm:

- Nhiễm khuẩn vết mổ: Đánh giá theo thang điểm lành thương kèm biến chứng của Robert D. Griego, phân loại thành lành thương bình thường hoặc nhiễm khuẩn ( nông, sâu, cơ quan/khoang cơ thể) theo tiêu chuẩn CDC.
- Tình trạng vết mổ: Quan sát trực tiếp các dấu hiệu sưng, nóng, đỏ, đau, chảy dịch và nứt vết mổ tại các thời điểm 48 giờ, ngày cắt chỉ và ngày thứ 30 sau mổ.
- Mức độ đau: Sử dụng thang điểm VAS (Visual Analog Scale) từ 0 đến 10.
- Sự hài lòng của thai phụ: Đo bằng hai thang Likert 5 mức (1 - 5 điểm) gồm sự thoải mái khi vệ sinh cơ thể và mức độ an tâm về lành vết mổ.

Quy trình thu thập số liệu: Sau khi thai phụ được chuyển từ phòng Hồi sức về khoa Sản trại Hậu phẫu (6 - 12 giờ sau mổ), quy trình thu thập số liệu được thực hiện như sau:

- Bước 1: Sàng lọc và mời tham gia: Lấy danh sách mổ hàng ngày, kiểm tra tiêu chuẩn chọn mẫu và loại trừ. Giải thích nghiên cứu, lợi ích - nguy cơ và lấy đồng thuận bằng văn bản.
- Bước 2: Phân nhóm ngẫu nhiên: Thai phụ đồng ý tham gia được phân bổ ngẫu nhiên 1:1 vào nhóm can thiệp hoặc nhóm chứng bằng phong bì kín đánh số thứ tự.
- Bước 3: Thu thập số liệu theo thời gian: Tại thời điểm 48 giờ sau mổ: Mở băng (nhóm can thiệp), đánh giá tình trạng vết mổ, thang điểm VAS và phỏng vấn sự thoải mái, an tâm. Tại thời điểm cắt chỉ: Quan sát và ghi nhận tình trạng vết mổ, dấu hiệu nhiễm khuẩn. Tại thời điểm 30 ngày sau mổ: Thu thập qua tái khám hoặc phỏng vấn điện thoại về tình trạng vết mổ, dấu hiệu nhiễm khuẩn, mức độ hài lòng và các biến chứng (nếu có).

### 2.6. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm STATA 16. Các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình  $\pm$  độ lệch chuẩn, so sánh bằng phép

kiểm T-student.

- Các biến định tính được trình bày bằng tỷ lệ %, so sánh bằng phép kiểm Fisher's Exact test. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi giá trị  $p < 0.05$ .

**2.7. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu**

Nghiên cứu được thực hiện dựa trên các nguyên tắc đạo đức y sinh học của Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng theo số 214/PCT-HĐ và Bệnh viện số 240/QĐ-BVĐKKVLT và sự đồng ý tự nguyện của người tham gia.

**3. KẾT QUẢ**

**3.1. Đặc điểm nền của đối tượng tham gia nghiên cứu**  
 Đối tượng nghiên cứu chủ yếu trong độ tuổi sinh đẻ ở nhóm tuổi 20 - 34 chiếm tỷ lệ cao nhất là 63.7% ở nhóm chứng và 53.1% so với nhóm can thiệp là 46.9%. Nhóm trên 35 tuổi chiếm tỷ lệ 27.4% (trong đó nhóm chứng độ tuổi thấp hơn nhóm can thiệp là 45.6% so với 54.4%) và dưới 20 tuổi chỉ chiếm 8.8%. Sự khác biệt về tuổi giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0.05$ ).

**Bảng 1.** Đặc điểm tuổi của đối tượng nghiên cứu tham gia nghiên cứu (n = 328)

Nhóm tuổi	Tổng	Nhóm Tần số (n), Tỷ lệ (%)		p value (**)
		Nhóm băng (n = 164)	Nhóm không băng (n = 164)	
< 20 tuổi	29 (8.8%)	12 (41.4%)	17 (58.6%)	0.304
20 - 34 tuổi	209 (63.7%)	111 (53.1%)	98 (46.9%)	
≥ 35 tuổi	90 (27.4%)	41 (45.6%)	49 (54.4%)	
<b>TB ± ĐLC(*)</b>	<b>29.7 ± 6.6</b>	<b>29.9 ± 6.0</b>	<b>29.4 ± 7.1</b>	0.92

**Bảng 2.** Các yếu tố lâm sàng liên quan của người tham gia nghiên cứu

Đặc điểm	Tổng	Nhóm Tần số (n), Tỷ lệ (%)		p value (**)
		Nhóm băng (n = 164)	Nhóm không băng (n = 164)	
<b>Thời gian nằm viện (ngày) TB ± ĐLC(*)</b>	<b>8.1 ± 1.0</b>	<b>7.9 ± 1.0</b>	<b>8.2 ± 1.1</b>	<b>0.002</b>
<b>Phân loại BMI của thai phụ</b>	< 25 kg/m <sup>2</sup>	118 (36.0%)	60 (50.8%)	0.912
	25 - < 30 kg/m <sup>2</sup>	147 (44.8%)	74 (50.3%)	
	≥ 30 kg/m <sup>2</sup>	63 (19.2%)	30 (47.6%)	
<b>Bệnh nội khoa</b>	Không có bệnh nội khoa	309 (94.2%)	154 (49.8%)	0.607
	Đái tháo đường	2 (0.6%)	2 (100.0%)	
	Tăng huyết áp	14 (4.3%)	6 (42.9%)	
	Bệnh khác	3 (0.9%)	2 (66.7%)	
<b>Tiền căn mổ lấy thai</b>	Không	199 (60.7%)	86 (43.2%)	<b>0.002</b>
	Có	129 (39.3%)	78 (60.5%)	
<b>Loại mổ</b>	Chủ động	76 (23.2%)	33 (43.4%)	0.191
	Cấp cứu	252 (76.8%)	131 (52.0%)	
<b>Sử dụng kháng sinh trước mổ</b>	Không	307 (93.6%)	157 (51.1%)	0.114
	Có	21 (6.4%)	7 (33.3%)	
<b>Tình trạng tổn thương da</b>	Không tổn thương	315 (96.0%)	154 (48.9%)	0.104
	Da đỏ/ngứa	5 (1.5%)	3 (60.0%)	
	Tổn thương khác	8 (2.4%)	7 (87.5%)	

(\*) Trung bình ± độ lệch chuẩn (trung vị); (\*\*) Fisher's Exact Test, p value ≤ 0.05 có ý nghĩa thống kê

Thời gian nằm viện trung bình của nhóm can thiệp dài hơn nhóm chứng với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (8.2 ± 1.1 ngày so với 7.9 ± 1.0 ngày;  $p = 0.002$ ). Chỉ số BMI trung bình và phân loại BMI không khác biệt giữa hai nhóm ( $p = 0.413$  và  $p = 0.912$ ), với đa số thai phụ thuộc nhóm BMI từ 25 - < 30 kg/m<sup>2</sup>. Tỷ lệ bệnh nội khoa tương đồng giữa hai nhóm ( $p = 0.607$ ), chủ yếu không có bệnh lý kèm theo. Về tiền căn mổ lấy thai, tỷ lệ không có tiền căn cao hơn ở nhóm can thiệp, với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (56.8% so với 43.2%;  $p = 0.002$ ). Các đặc điểm khác bao gồm loại mổ, sử dụng kháng sinh trước mổ và tình trạng tổn thương da không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm ( $p > 0.05$ ).

**3.2. Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ và thời gian lành vết mổ trung bình giữa hai phương pháp không và có băng vết mổ sau 48 giờ**

**3.2.1. Tình trạng nhiễm khuẩn vết mổ của người tham gia nghiên cứu**

Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ, bao gồm nhiễm khuẩn nông là 1.5%, trong đó nhóm băng chiếm 60% và nhóm không băng chiếm 40%, sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ( $p = 1.000$ ). Không ghi nhận trường hợp nhiễm khuẩn sâu hoặc nhiễm khuẩn cơ quan/khoang ở cả hai nhóm. Thời điểm trung bình phát hiện nhiễm khuẩn không có sự khác biệt đáng kể giữa hai nhóm ( $p = 0.653$ ).

**Bảng 3.** Tình trạng nhiễm khuẩn vết mổ của 2 nhóm

Đặc điểm		Tổng (n = 328)	Nhóm Tần số (n), Tỷ lệ (%)		p value (**)
			Nhóm băng (n = 164)	Nhóm không băng (n = 164)	
Nhiễm khuẩn vết mổ	Không	323 (98.5%)	161 (49.8%)	162 (50.2%)	1.000
	Có	5 (1.5%)	3 (60.0%)	2 (40.0%)	
Nhiễm khuẩn nông	Không	323 (98.5%)	161 (49.8%)	162 (50.2%)	1.000
	Có	5 (1.5%)	3 (60.0%)	2 (40.0%)	
Ngày phát hiện nhiễm khuẩn TB ± ĐLC		0.1 ± 0.7	0.1 ± 0.8	0.1 ± 0.7	0.653

(\*) Trung bình ± độ lệch chuẩn (trung vị); (\*\*) Fisher's Exact Test, p value ≤ 0.05 có ý nghĩa thống kê

### 3.2.2. Thời gian lành vết mổ của người tham gia nghiên cứu

Tình trạng vết mổ tại thời điểm mở băng 48 giờ, kết quả từ bảng 3.4 cho thấy vết mổ đỏ, đau, sưng chiếm phần lớn lần lượt là 3%, 2.4% và 0.9%. Vết mổ có dấu hiệu đỏ, đau ở nhóm không băng (can thiệp) có xu hướng ổn định hơn tại thời điểm đánh giá sau 48 giờ. Sự khác biệt giữa tình trạng vết mổ tại thời điểm mở băng 48 giờ giữa hai nhóm không đạt mức ý nghĩa thống kê ( $p > 0.05$ ).

Tình trạng vết mổ sau phẫu thuật ngày cắt chỉ, tỷ lệ xuất hiện các dấu hiệu bất thường như sưng, nóng, đỏ, đau, chảy mủ hoặc vết mổ tự nứt rất thấp (0.3 -

1.5%). Sự khác biệt giữa tình trạng vết mổ sau phẫu thuật ngày cắt chỉ giữa hai nhóm không đạt mức ý nghĩa thống kê ( $p > 0.05$ ).

Tình trạng vết mổ sau phẫu thuật ngày 30, cả hai nhóm ghi nhận rất ít các triệu chứng bất thường tại vết mổ dưới 1%. Các biểu hiện như sưng, đỏ, nóng, đau, chảy mủ, vết mổ tự nứt hoặc bác sĩ phải can thiệp hầu như không xuất hiện ở nhóm can thiệp, chỉ có 1 trường hợp vết mổ chảy mủ, trong khi nhóm chứng ghi nhận lẻ tẻ một số trường hợp như vết mổ nóng, đỏ, đau, chảy mủ hay vết mổ tự nứt. Tuy nhiên, sự khác biệt này giữa hai nhóm không đạt mức ý nghĩa thống kê ( $p > 0.05$ ).

**Bảng 4.** Tình trạng vết mổ tại thời điểm mở băng 48 giờ

Đặc điểm	Đặc điểm	Tổng	Nhóm Tần số (n), Tỷ lệ (%)		p value (**)
			Nhóm băng (n = 164)	Nhóm không băng (n = 164)	
<b>Tình trạng vết mổ tại thời điểm mở băng 48 giờ</b>					
Vết mổ bất thường	Không	327 (99.7%)	163 (49.8%)	164 (50.2%)	1.000
	Có	1 (0.3%)	1 (100.0%)	0 (0.0%)	
Vết mổ sưng	Không	325 (99.1%)	163 (50.2%)	162 (49.8%)	1.000
	Có	3 (0.9%)	1 (33.3%)	2 (66.7%)	
Vết mổ nóng	Không	327 (99.7%)	164 (50.2%)	163 (49.8%)	1.000
	Có	1 (0.3%)	0 (0.0%)	1 (100.0%)	
Vết mổ đỏ	Không	318 (97.0%)	157 (49.4%)	161 (50.6%)	0.336
	Có	10 (3.0%)	7 (70.0%)	3 (30.0%)	
Vết mổ đau	Không	320 (97.6%)	158 (49.4%)	162 (50.6%)	0.283
	Có	8 (2.4%)	6 (75.0%)	2 (25.0%)	
<b>Tình trạng vết mổ sau phẫu thuật ngày cắt chỉ</b>					
Vết mổ nóng	Không	327 (99.7%)	163 (49.8%)	164 (50.2%)	1.000
	Có	1 (0.3%)	1 (100.0%)	0 (0.0%)	
Vết mổ đỏ	Không	325 (99.1%)	161 (49.5%)	164 (50.5%)	0.248
	Có	3 (0.9%)	3 (100.0%)	0 (0.0%)	
Vết mổ đau	Không	327 (99.7%)	163 (49.8%)	164 (50.2%)	1.000
	Có	1 (0.3%)	1 (100.0%)	0 (0.0%)	
Vết mổ chảy mủ	Không	323 (98.5%)	161 (49.8%)	162 (50.2%)	1.000
	Có	5 (1.5%)	3 (60.0%)	2 (40.0%)	
Vết mổ tự nứt	Không	327 (99.7%)	163 (49.8%)	164 (50.2%)	1.000
	Có	1 (0.3%)	1 (100.0%)	0 (0.0%)	
Vết mổ bất thường khác	Không	323 (98.5%)	159 (49.2%)	164 (50.8%)	0.061
	Có	5 (1.5%)	5 (100.0%)	0 (0.0%)	

Đặc điểm	Đặc điểm	Tổng	Nhóm Tần số (n), Tỷ lệ (%)		p value (**)
			Nhóm băng (n = 164)	Nhóm không băng (n = 164)	
<b>Tình trạng vết mổ sau phẫu thuật ngày 30</b>					
Vết mổ nóng	Không	327 (99.7%)	163 (49.8%)	164 (50.2%)	1.000
	Có	1 (0.3%)	1 (100.0%)	0 (0.0%)	
Vết mổ đỏ	Không	327 (99.7%)	163 (49.8%)	164 (50.2%)	1.000
	Có	1 (0.3%)	1 (100.0%)	0 (0.0%)	
Vết mổ đau	Không	327 (99.7%)	163 (49.8%)	164 (50.2%)	1.000
	Có	1 (0.3%)	1 (100.0%)	0 (0.0%)	
Vết mổ chảy mủ	Không	326 (99.4%)	163 (50.0%)	163 (50.0%)	1.000
	Có	2 (0.6%)	1 (50.0%)	1 (50.0%)	
Vết mổ tự nứt	Không	327 (99.7%)	163 (49.8%)	164 (50.2%)	1.000
	Có	1 (0.3%)	1 (100.0%)	0 (0.0%)	
Vết mổ nóng	Không	327 (99.7%)	163 (49.8%)	164 (50.2%)	1.000
	Có	1 (0.3%)	1 (100.0%)	0 (0.0%)	

(\*\*)Fisher's Exact Test, p value ≤ 0.05 có ý nghĩa thống kê

**3.3. Sự hài lòng của thai phụ giữa 2 nhóm băng và không băng vết mổ sau phẫu thuật**

**3.3.1. Hiệu quả giảm đau sau mổ**

Mức độ đau tại vị trí vết mổ sau phẫu thuật cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm

(p < 0.001), với nhóm can thiệp ghi nhận tỷ lệ đau vừa thấp hơn đáng kể là 33.3% so với 66.7%. Tỷ lệ cảm giác đau nhẹ khi băng vết mổ ở nhóm không can thiệp thấp hơn so với nhóm can thiệp (43.7% so với 56.3%).

**Bảng 5.** Tình trạng đau vết mổ giữa 2 nhóm

Đặc điểm	Tổng (n = 328)	Nhóm Tần số (n), Tỷ lệ (%)		p value (**)
		Nhóm băng (n = 164)	Nhóm không băng (n = 164)	
Đau nhẹ	238 (72.6%)	104 (43.7%)	134 (56.3%)	< 0.001
Đau vừa	90 (27.4%)	60 (66.7%)	30 (33.3%)	

(\*\*)Mann-Whitney, p value ≤ 0.05 có ý nghĩa thống kê

**3.3.2. Mức độ hài lòng của thai phụ**

Mức độ hài lòng về vệ sinh cơ thể cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm (p < 0.001). Tỷ lệ hài lòng và rất hài lòng về vệ sinh cơ thể ở nhóm can thiệp cao hơn rõ rệt so với nhóm chứng (72.0% so với 28.0% và 60.9% so với 39.1%), trong khi tỷ lệ không hài lòng thấp hơn đáng kể (14.9% so với 85.1%).

nhóm (p < 0.001). Ở nhóm không băng, tỷ lệ thai phụ cảm thấy “rất an tâm” cao (67.2%) hơn gấp đôi so với nhóm băng (32.8%). Ngược lại, nhóm băng có tỷ lệ thai phụ “không an tâm” và “rất không an tâm” cao hơn (lần lượt 84.2% và 100.0%) so với nhóm không băng (lần lượt 15.8% và 0.0%). Tỷ lệ thai phụ ở mức “bình thường” cũng tập trung nhiều hơn ở nhóm băng (77.1%) so với nhóm không băng (22.9%).

Mức độ cảm giác an tâm về tiến trình lành vết mổ cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai

**Bảng 6.** Mức độ thoải mái khi vệ sinh cơ thể

Nội dung	Tổng (n = 328)	Nhóm Tần số (n), Tỷ lệ (%)		p value (**)
		Nhóm băng (n = 164)	Nhóm không băng (n = 164)	
<b>Mức độ thoải mái khi vệ sinh cơ thể</b>				
Rất không hài lòng	12 (3.7%)	8 (66.7%)	4 (33.3%)	< 0.001
Không hài lòng	74 (22.6%)	63 (85.1%)	11 (14.9%)	
Bình thường	30 (9.1%)	24 (80.0%)	6 (20.0%)	
Hài lòng	125 (38.1%)	35 (28.0%)	90 (72.0%)	
Rất hài lòng	87 (26.5%)	34 (39.1%)	53 (60.9%)	
<b>Mức độ an tâm về lành vết mổ</b>				
Rất không an tâm	4 (1.2%)	4 (100.0%)	0 (0.0%)	< 0.001
Không an tâm	19 (5.8%)	16 (84.2%)	3 (15.8%)	
Bình thường	35 (10.7%)	27 (77.1%)	8 (22.9%)	
An tâm	151 (46.0%)	78 (51.7%)	73 (48.3%)	
Rất an tâm	119 (36.3%)	39 (32.8%)	80 (67.2%)	

(\*\*)Mann-Whitney, p value ≤ 0.05 có ý nghĩa thống kê

#### 4. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu trên 328 thai phụ cho thấy tuổi trung bình là  $29.7 \pm 6.6$ , tương đồng với nghiên cứu của Gokhan Sami Kilic và cộng sự ( $29.2 \pm 5.8$ ) [5]. Nghề nghiệp phổ biến là nội trợ (46.0%) và công nhân (41.5%), phản ánh đặc điểm kinh tế - xã hội khu vực Long Thành. Chỉ số BMI trung bình là  $26.7 \pm 4.0$  kg/m<sup>2</sup>, thuộc nhóm thừa cân - đối tượng vốn tiềm ẩn nguy cơ nhiễm khuẩn theo Sayali P. Kulkarni [6]. Tuy nhiên, kết quả ghi nhận phương pháp không băng vết mổ sau 48 giờ vẫn đảm bảo tính an toàn cao.

Về tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ (NKVM), nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ chung rất thấp là 1.5% (nhóm can thiệp 1.2% và nhóm chứng 1.8%), không có sự khác biệt ý nghĩa thống kê ( $p = 1.000$ ). Kết quả này đồng nhất với các hướng dẫn của CDC [7], Bộ Y tế Việt Nam [8] và nghiên cứu của PC Tan, Clare D Toon về việc tháo băng sớm sau 48 giờ không làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn. Điều này củng cố quan điểm rằng sau 48 giờ, vết mổ khâu kín đã đủ khả năng bảo vệ bản thân, việc tháo băng sớm không làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn từ môi trường bên ngoài. Quá trình lành vết thương tại thời điểm 30 ngày sau phẫu thuật diễn ra thuận lợi ở cả hai nhóm, cho thấy tính an toàn của cả hai phương pháp chăm sóc.

Kết quả của chúng tôi cho thấy tỷ lệ bệnh nội khoa tương đồng giữa hai nhóm ( $p = 0.607$ ), chủ yếu là không có bệnh lý kèm theo (94.2%). Điều này giúp giảm nguy cơ sai lệch và tăng độ tin cậy trong so sánh hiệu quả của hai phương pháp chăm sóc vết mổ. Phù hợp với nghiên cứu của Phạm Minh Hải (2021) tỷ lệ bệnh đi kèm ở nhóm can thiệp là 58.3% và nhóm chứng là 35.0% ( $p = 0.143$ ) [4]. Các bằng chứng quốc tế cho thấy mối liên quan giữa bệnh nền và nguy cơ NKVM vẫn còn chưa thống nhất như nghiên cứu của Matthew Erritty và cộng sự (2022) cho thấy phụ nữ mắc đái tháo đường không có nguy cơ NKVM tăng lên, điều này có thể do việc quản lý lâm sàng tốt hơn, bao gồm việc có thể sử dụng kháng sinh dự phòng nhiều hơn ở nhóm nguy cơ cao trong nghiên cứu này [8, 9]. Mặc dù tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ thấp (1.5%), các yếu tố nguy cơ của NKVM sau mổ lấy thai vẫn cần được xem xét để đánh giá ảnh hưởng của yếu tố gây nhiễu. Các yếu tố nguy cơ chính bao gồm BMI  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>, đái tháo đường, mổ cấp cứu, tiền sử mổ lấy thai và thời gian nằm viện kéo dài. Trong nghiên cứu này, hầu hết các yếu tố nguy cơ được cân bằng tốt giữa hai nhóm (BMI  $p = 0.912$ ; bệnh nội khoa  $p = 0.607$ ; loại mổ  $p = 0.191$ ). Tuy nhiên, nhóm không băng có tỷ lệ thai phụ không có tiền căn mổ lấy thai cao hơn (56.8% so với 43.2%,  $p = 0.002$ ), trong khi thời gian nằm viện lại dài hơn (8.2 so với 7.9 ngày,  $p = 0.002$ ). Những khác biệt này có thể là yếu tố gây nhiễu tiềm ẩn.

Phương pháp không băng cải thiện rõ rệt trải nghiệm hậu phẫu. Nhóm can thiệp có tỷ lệ đau vừa thấp hơn đáng kể (33.3% so với 66.7% ở nhóm chứng,  $p < 0.001$ ), phù hợp với kết quả của Phạm Minh Hải [4] và El-Sayed [10]. Mức độ hài lòng về vệ sinh cơ thể (72.0%) và sự an tâm về tiến trình lành thương (67.2%) ở nhóm không băng cũng cao hơn rõ rệt ( $p < 0.001$ ). Điều này tương đồng với nhận định của Zhang [11] và Khelifi [12] về việc tháo băng sớm giúp tăng sự thoải mái và tự tin cho thai phụ. Qua đó, nghiên cứu đề xuất phương pháp không băng vết mổ sau 48 giờ là lựa chọn an toàn và hiệu quả, giúp nâng cao sự hài lòng của thai phụ và tối ưu hóa chăm sóc vết mổ sau sinh mổ.

#### 5. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

##### 5.1. Kết luận

Nghiên cứu cho thấy phương pháp không băng vết mổ sau 48 giờ sau mổ lấy thai là an toàn, với tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ rất thấp (1.2%) và không khác biệt có ý nghĩa thống kê so với phương pháp băng truyền thống (1.8%,  $p = 0.655$ ). Đồng thời, phương pháp này mang lại nhiều lợi ích vượt trội về mặt lâm sàng và trải nghiệm người bệnh: Giảm đáng kể mức độ đau, tăng cao sự hài lòng về vệ sinh cá nhân và nâng cao mức độ an tâm của thai phụ đối với quá trình lành vết mổ. Kết quả cho thấy việc tháo băng sớm và để vết mổ tiếp xúc với môi trường sau 48 giờ không chỉ không làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn mà còn cải thiện rõ rệt chất lượng chăm sóc và sự hài lòng của thai phụ. Đây là một hướng tiếp cận hiện đại, tiết kiệm và nhân văn hơn trong chăm sóc vết mổ sau sinh mổ.

##### 5.2. Kiến nghị

###### 5.2.1. Hạn chế

Nghiên cứu có một số hạn chế sau:

- Được thực hiện tại một trung tâm duy nhất nên khả năng khái quát hóa kết quả cho các bệnh viện khác còn hạn chế.
- Số ca nhiễm khuẩn vết mổ rất thấp (chỉ 5 ca/328 thai phụ), dẫn đến công suất thống kê chưa đủ mạnh để phát hiện sự khác biệt về nhiễm khuẩn giữa hai nhóm.
- Mặc dù phân bố ngẫu nhiên, vẫn tồn tại một số khác biệt về đặc điểm nền giữa hai nhóm (tiền căn mổ lấy thai và thời gian nằm viện) và nghiên cứu chưa thực hiện phân tích đa biến để điều chỉnh các yếu tố gây nhiễu.
- Thời gian theo dõi chỉ trong 30 ngày sau mổ, chưa đánh giá được các biến chứng muộn.

###### 5.2.2. Kiến nghị

Dựa trên kết quả nghiên cứu, khuyến khích nghiên cứu thêm với quy mô lớn hơn để có cơ sở khoa học

manh mẽ nhằm áp dụng rộng rãi phương pháp không băng vết mổ sau 48 giờ vào quy trình chăm sóc hậu phẫu thường quy cho thai phụ mổ lấy thai tại các cơ sở y tế, đặc biệt với các ca mổ sạch và sạch nhiễm. Đồng thời, phổ biến các khoa cần khẩn trương cập nhật hướng dẫn chăm sóc vết mổ nội bộ và tổ chức đào tạo, tập huấn thường xuyên cho đội ngũ điều dưỡng, hộ sinh về kỹ thuật thực hiện phương pháp một cách an toàn và chuẩn xác. Bên cạnh đó, nên tiếp tục triển khai các nghiên cứu lớn hơn, đa trung tâm trên nhóm thai phụ có yếu tố

nguy cơ cao (béo phì, đái tháo đường, mổ lấy thai lần nhiều) nhằm đánh giá tính khả quát hóa cũng như hiệu quả lâu dài của phương pháp trong thực tiễn lâm sàng.

#### LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi chân thành cảm ơn Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng, Ban Lãnh đạo Bệnh viện Đa khoa Khu vực Long Thành. Đặc biệt, PGS.TS. Phạm Huy Hùng TS. Võ Thị Thu Thủy và những người tham gia nghiên cứu đã giúp chúng tôi hoàn thành nghiên cứu này.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bộ Y tế, "Hướng dẫn Quốc gia về Chăm sóc sức khỏe sinh sản," *Nhà xuất bản Y học*, 2025.
- [2] W. H. Organization., "Global Guidelines for the Prevention of Surgical Site Infection: 2025 Update," *WHO Press*, 2025.
- [3] P. đ. dưỡng. *Hướng dẫn chăm sóc vết mổ sau mổ lấy thai*. Available: <https://tudu.com.vn/vn/y-hoc-thuong-thuc/suc-khoe-sau-sanh-sau-mo/huong-dan-cham-soc-vet-mo-sau-mo-lay-thai/>, 2008.
- [4] P. M. Hải, "Hiệu quả không băng vết mổ sau phẫu thuật 48 giờ trong phẫu thuật sạch, sạch nhiễm vùng bụng tại Bệnh viện Đại Học Y Dược TPHCM," *Tạp chí Y Học Việt Nam*, Tập 512, Số 7, 2021.
- [5] Gokhan Sami Kilic *et al.*, "Impact of timing on wound dressing removal after caesarean delivery: a multicentre, randomised controlled trial," (in eng), *Journal of Obstetrics and Gynaecology (J Obstet Gynaecol)*, vol. 41, no. 3, pp. 348-352, 2021.
- [6] Sayali P Kulkarni and O. Kothari, "Surgical Site Infection in Obstetric and Gynecological Surgeries: A Prospective Observational Study," (in eng), *Cureus Journal of Medical Science*, vol. 15, no. 2, p. e34855, 2023.
- [7] M. S. Calderwood *et al.*, "Strategies to prevent surgical site infections in acute-care hospitals: 2022 Update," vol. 44, no. 5, pp. 695-720, 2023.
- [8] Bộ Y tế. *Quyết định số 3671/QĐ-BYT ngày 27 tháng 9 năm 2012 về Hướng dẫn phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ*. Available: <https://kcb.vn/upload/2005611/20210723,2012>.
- [9] M. Erritty *et al.*, "Evaluation of independent risk factors associated with surgical site infections from caesarean section," (in eng), *Arch Gynecol Obstet*, vol. 308, no. 6, pp. 1775-1783, 2022.
- [10] Hanan El-Sayed Mohamed El-Sayed, Suzan El-Said Mansour, Mohamed Abdellatif Elnegeri, and A. A.-W. Ibrahim, "Effect of Early Versus Delayed Exposure of Caesarean Section Wound on Surgical Site Infections and Patients' Comfort Level," (in eng), *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, vol. 9, no. 9, pp. 9 - 18, 2020.
- [11] Taijuan Zhang, Fujie Zhang, Zongnan Chen, and X. Cheng, "Comparison of early and delayed removal of dressing following primary closure of clean and contaminated surgical wounds: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials," (in eng), *Experimental and Therapeutic Medicine*, vol. 19, no. 5, pp. 3219-3226, 2020.
- [12] Khlifi A, Alimi A, Smida A, Derouiche M, Lassoued L, and K. H, "Decreasing of Post-Cesarean Section Surgical Site Infection: Role of Early Dressing Removal - A Prospective Randomized Study," (in eng), *Clinics in Surgery*, vol. 7, no. 3404, 2022.

## Non-dressing of postoperative wounds after 48 hours and maternal satisfaction in cesarean section

Lam Thi Hai Oanh, Nguyen Thi Phuong Uyen, Pham Thi My Nhung

#### ABSTRACT

*Background: The optimal timing for removing the surgical dressing after cesarean section remains controversial. Traditional wound dressing may cause discomfort and increase pain perception in postpartum women. Objective: To compare the effectiveness and evaluate maternal satisfaction between the method of removing the dressing after 48 hours and the traditional dressing and changing method.*

*Subjects and methods:* A randomized controlled trial was conducted on 328 postpartum women after cesarean section at Long Thanh Regional General Hospital from November 2024 to May 2025. Participants were randomly allocated into the intervention group (no dressing after 48 hours) and the control group (traditional dressing). *Results:* The surgical site infection rate was similar between groups (1.2% in the no-dressing group versus 1.8% in the traditional dressing group). The no-dressing group showed clear advantages in patient experience: a significantly lower rate of moderate to severe pain (18.3% vs 36.6%), higher satisfaction with body hygiene (72% vs 28%), and nearly twice the proportion of women feeling “very reassured” about wound healing (67.2% vs 32.8%). *Conclusion:* Not dressing the wound after 48 hours is a safe method that does not increase the surgical site infection rate and significantly improves maternal satisfaction while reducing pain after cesarean section.

**Keywords:** *early dressing removal, wound dressing, cesarean section, surgical site infection, ssi, wound care*

---

Received: 14/2/2026

Revised: 01/4//2026

Accepted for publication: 10/4/2026