

CURRENT PRACTICE OF ESSENTIAL CARE FOR MOTHERS AND NEWBORNS DURING AND IMMEDIATELY AFTER CESAREAN SECTION AND ASSOCIATED FACTORS AT DUC GIANG GENERAL HOSPITAL, 2025

Ngoc Dung Nguyen¹, Dang Vung Nguyen², Huu Thang Nguyen², Nguyen Huong Cha¹

¹Duc Giang General Hospital, Hanoi, Vietnam

²Hanoi Medical University, Hanoi, Vietnam

Received: 20/5/2026

Revised: 13/6/2026; Accepted: 24/07/2026

ABSTRACT

Objective: (1) To describe the current practice of Early Essential Care for Mothers and Newborns (EECMN) during and immediately after cesarean section and (2) to analyse factors associated with its implementation at Duc Giang General Hospital in 2025.

Methods: A cross-sectional study with an explanatory sequential mixed-methods design (quantitative followed by qualitative). The quantitative component observed 177 term cesarean sections (≥ 37 weeks) from April to August 2025 using a 20-item checklist based on Decision No. 6734/QĐ-BYT (2016); the unit of observation was each operation (care team). The qualitative component comprised in-depth interviews with midwives/nurses, surgical team members and postpartum women to explain influencing factors. Quantitative data were entered in Epidata 3.1 and analysed in SPSS 20.0 (descriptive statistics); qualitative data were thematically analysed.

Results: The proportion of cases reaching the pre-defined scoring threshold ($\geq 36/40$ points) was 96.0% (170/177). High adherence was observed for oxytocin administration (100%), cord inspection before clamping (98.9%) and correct skin-to-skin placement (96.0%). For skin-to-skin duration, 160/177 (90.4%) sustained the recommended ≥ 90 -minute target, 12/177 (6.8%) had skin-to-skin but for a shorter time, and 5/177 (2.8%) did not receive it; 170/177 (96.0%) completed the first breastfeed within the first hour. The lowest-adherence steps were correct drying sequence (159/177; 89.8%) and checking the resuscitation bag/mask/suction (164/177; 92.7%). Qualitative findings identified staffing shortages, limited post-operative space and privacy, subjective attitudes towards some steps, and maternal barriers (fatigue, nausea, post-spinal hypotension) as the main influencing factors.

Conclusions: At the time of the survey, most EECMN steps during cesarean section were performed with high threshold-attainment among eligible observed cases; however, gaps remained in resuscitation-equipment preparation, correct drying sequence and sustaining skin-to-skin for the recommended duration. Periodic supervision, competency-based training and additional staffing are needed. As a cross-sectional study without a comparison group or baseline, the results do not reflect change over time.

Keywords: Early Essential Care for Mothers and Newborns; cesarean section; nurses; midwives; skin-to-skin contact; early initiation of breastfeeding.

*Corresponding author

Email: linhletrshs@gmail.com Phone: (+84) 982990747 DOI: 10.52163/yhc.v66iCD14.3052

THỰC TRẠNG THỰC HIỆN CHĂM SÓC THIẾT YẾU BÀ MẸ, TRẺ SƠ SINH TRONG VÀ NGAY SAU MỔ LẤY THAI VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG NĂM 2025

Nguyễn Thị Ngọc Dung¹, Nguyễn Đăng Vững², Nguyễn Hữu Thắng², Nguyễn Thị Hương Chà¹

¹Bệnh viện Đa khoa Đức Giang, Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội

Ngày nhận bài: 20/5/2026

Ngày chỉnh sửa: 13/6/2026; Ngày duyệt đăng: 24/07/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: (1) Mô tả thực trạng thực hiện chăm sóc thiết yếu bà mẹ, trẻ sơ sinh (CSTYBM-TSS) trong và ngay sau mổ lấy thai và (2) phân tích một số yếu tố ảnh hưởng đến việc thực hiện tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang năm 2025.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, thiết kế hỗn hợp theo trình tự giải thích (định lượng trước – định tính sau). Cấu phần định lượng quan sát 177 ca mổ lấy thai đủ tháng (≥ 37 tuần) từ tháng 4 đến tháng 8/2025 bằng bảng kiểm 20 tiêu chí theo Quyết định 6734/QĐ-BYT (2016). Đơn vị quan sát là mỗi ca mổ (kíp chăm sóc). Cấu phần định tính gồm phỏng vấn sâu hộ sinh – điều dưỡng, thành viên ekip phẫu thuật và sản phụ nhằm giải thích các yếu tố ảnh hưởng. Số liệu định lượng nhập bằng Epidata 3.1, phân tích bằng SPSS 20.0 (thống kê mô tả); số liệu định tính phân tích theo chủ đề.

Kết quả: Tỷ lệ ca đạt ngưỡng chấm điểm quy ước ($\geq 36/40$ điểm) là 96,0% (170/177). Các nội dung đạt tỷ lệ cao: tiêm oxytocin (100%), kiểm tra dây rốn trước khi kẹp (98,9%), đặt trẻ da kề da đúng kỹ thuật (96,0%). Về thời lượng da kề da: 160/177 (90,4%) ca duy trì đủ mốc khuyến cáo ≥ 90 phút, 12/177 (6,8%) có da kề da nhưng chưa đủ thời gian và 5/177 (2,8%) không thực hiện được; 170/177 (96,0%) trẻ hoàn thành bú đầu trong giờ đầu sau sinh. Hai thao tác có tỷ lệ chưa đạt cao nhất là lau khô trẻ đúng trình tự (159/177; 89,8%) và kiểm tra bóng – mặt nạ – máy hút hồi sức (164/177; 92,7%). Phân tích định tính cho thấy các yếu tố ảnh hưởng chính gồm: thiếu nhân lực đón bé và hỗ trợ bà mẹ; hạn chế diện tích, độ riêng tư của phòng hậu phẫu; thái độ chủ quan với một số bước; và các rào cản từ phía bà mẹ (mệt, buồn nôn, tụt huyết áp sau gây tê, trẻ non/tím tái/cân nặng lớn).

Kết luận: Tại thời điểm khảo sát, phần lớn các bước CSTYBM-TSS trong mổ lấy thai được thực hiện với tỷ lệ đạt ngưỡng cao trên nhóm ca đủ điều kiện quan sát; tuy nhiên vẫn còn khoảng trống ở khâu chuẩn bị dụng cụ hồi sức, lau khô đúng trình tự và duy trì da kề da đủ thời gian. Cần giám sát định kỳ, đào tạo dựa trên năng lực và bổ sung nhân lực để cải thiện các bước còn hạn chế. Do là nghiên cứu cắt ngang, không có nhóm chứng/số liệu nền, kết quả không phản ánh xu hướng thay đổi theo thời gian.

Từ khóa: chăm sóc thiết yếu bà mẹ và trẻ sơ sinh; mổ lấy thai; hộ sinh – điều dưỡng; da kề da; bú sớm.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mổ lấy thai là phẫu thuật sản khoa phổ biến nhằm bảo đảm an toàn cho mẹ và thai trong những trường hợp không thể sinh thường. Tuy nhiên, sinh mổ làm gia tăng nguy cơ biến chứng cho cả bà mẹ và trẻ sơ sinh, đặc biệt trong giai đoạn ngay sau sinh như chảy máu sau đẻ, nhiễm khuẩn, hạ thân nhiệt, chậm thiết lập bú mẹ và tăng nguy cơ tử vong sơ sinh.

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), phần lớn tử vong sơ sinh xảy ra trong tuần đầu sau sinh và nhiều trường hợp có thể phòng tránh được thông qua các can thiệp chăm sóc thiết yếu sớm¹. Tại Việt Nam, tử vong sơ sinh vẫn chiếm tỷ trọng lớn trong tử vong trẻ dưới 1 tuổi trong khi tỷ lệ sinh mổ có xu hướng tăng, đặt ra yêu cầu nâng cao chất lượng chăm sóc bà mẹ và trẻ sơ sinh.

Nhằm cải thiện chất lượng chăm sóc và giảm tử vong mẹ – trẻ sơ sinh, Bộ Y tế đã ban hành các hướng dẫn chuyên môn: Quyết định 4673/QĐ-BYT (2014) về chăm sóc thiết yếu trong và ngay sau đẻ thường² và Quyết định 6734/QĐ-

BYT (2016) về chăm sóc thiết yếu trong và ngay sau mổ lấy thai³; đồng thời Quyết định 5913/QĐ-BYT (2021) ban hành tiêu chí công nhận bệnh viện thực hành nuôi con bằng sữa mẹ xuất sắc⁴. Quy trình bao gồm các can thiệp đơn giản nhưng hiệu quả: lau khô – ủ ấm, tiêm oxytocin, kẹp cắt dây rốn muộn, tiếp xúc da kề da và cho trẻ bú sớm.

Bệnh viện Đa khoa Đức Giang là bệnh viện hạng I của thành phố Hà Nội. Theo số liệu hoạt động của bệnh viện, mỗi năm có trên 3.000 ca sinh, trong đó gần 2.000 ca là sinh mổ và có xu hướng tăng. Trong bối cảnh cạnh tranh về chất lượng dịch vụ sản khoa trên địa bàn, việc đánh giá thực trạng thực hiện CSTYBM-TSS trong mổ lấy thai là cần thiết nhằm cung cấp bằng chứng thực tiễn cho công tác quản lý và cải tiến chất lượng. Nghiên cứu được tiến hành với hai mục tiêu: (1) mô tả thực trạng thực hiện CSTYBM-TSS trong và ngay sau mổ lấy thai; (2) phân tích một số yếu tố ảnh hưởng đến việc thực hiện quy trình tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang năm 2025.

*Tác giả liên hệ

Email: trunghsc14@gmail.com Điện thoại: (+84) 979446799 DOI: 10.52163/yhc.v66iCD14.3052

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, sử dụng thiết kế hỗn hợp theo trình tự giải thích (explanatory sequential mixed-methods). Cấu phần định lượng được thực hiện trước nhằm đáp ứng mục tiêu 1; cấu phần định tính được thực hiện sau nhằm giải thích kết quả định lượng và làm rõ các yếu tố ảnh hưởng (mục tiêu 2). Việc tích hợp hai nguồn dữ liệu được thực hiện ở giai đoạn diễn giải, trong đó các phát hiện định tính được dùng để lý giải các tỷ lệ tuân thủ quan sát được.

2.2. Đối tượng, thời gian và địa điểm

Cấu phần định lượng: 177 ca mổ lấy thai đủ tháng (≥ 37 tuần), gồm cả mổ chủ động và mổ cấp cứu, tại khoa Sản Bệnh viện Đa khoa Đức Giang từ tháng 4 đến tháng 8/2025. Đơn vị quan sát là mỗi ca mổ (kíp chăm sóc), không đánh giá tách riêng từng cá nhân bác sĩ, hộ sinh hay điều dưỡng; cùng một nhân viên có thể tham gia nhiều ca.

Tiêu chuẩn lựa chọn: sản phụ đủ tháng có chỉ định mổ lấy thai, tỉnh táo, đồng ý tham gia sau khi được giải thích. Tiêu chuẩn loại trừ: sản phụ từ chối tham gia hoặc có biến chứng đặc biệt trong và sau mổ (băng huyết nặng, trẻ ngạt nặng cần hồi sức tích cực, dị tật bẩm sinh nặng...) khiến không thể quan sát đầy đủ quy trình. Cấu phần định tính: hộ sinh – điều dưỡng, thành viên ekip phẫu thuật trực tiếp tham gia chăm sóc và sản phụ sau mổ tại khoa Sản.

2.3. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

Định lượng: chọn mẫu thuận tiện, quan sát liên tiếp các ca mổ đủ tiêu chuẩn khi có mặt nghiên cứu viên trong thời gian nghiên cứu; thực tế thu được 177 ca. Đây không phải là toàn bộ ca mổ trong kỳ (số ca mổ ước tính trong 5 tháng lớn hơn nhiều), do đó cần lưu ý khả năng sai lệch chọn mẫu (xem mục Hạn chế).

Định tính: chọn mẫu có chủ đích cho tới khi thông tin đạt bão hòa – gồm trưởng ekip phẫu thuật; trưởng tua trực (cọc 1) và điều dưỡng tham gia phẫu thuật; và 05 sản phụ sau mổ được chọn ngẫu nhiên trước khi xuất viện. Mỗi cuộc phỏng vấn do 02 nghiên cứu viên thực hiện (01 điều hành là tác giả nghiên cứu, 01 thư ký), tại phòng hành chính khoa Sản (với nhân viên y tế) hoặc tại giường bệnh (với sản phụ), kéo dài 30–45 phút, được ghi âm khi đối tượng đồng ý; thực hiện trong tháng 9/2025.

2.4. Công cụ, biến số và tiêu chuẩn đánh giá

Định lượng sử dụng bảng kiểm 20 tiêu chí quan sát việc thực hiện quy trình CSTYBM-TSS trong và ngay sau mổ lấy thai, xây dựng theo Quyết định 6734/QĐ-BYT (2016)³. Mỗi tiêu chí được chấm 3 mức: làm đủ, đúng (2 điểm); làm chưa đủ (1 điểm); không làm (0 điểm). Tổng điểm tối đa là 40. Một ca được coi là đạt ngưỡng khi tổng điểm ≥ 36 (tương đương $\geq 90\%$ điểm tối đa). Ngưỡng 90% là ngưỡng quy ước tham khảo từ một số nghiên cứu cùng lĩnh vực, chưa được thẩm định chính thức và cho phép bù trừ giữa các tiêu chí; do đó tỷ lệ đạt ngưỡng không đồng nghĩa với việc thực hiện đầy đủ tất cả 20 tiêu chí.

Biến số chính: đặc điểm chung của sản phụ; mức độ thực hiện từng bước chuẩn bị trước mổ và từng thao tác ngay sau mổ; thời gian tiếp xúc da kề da; thời điểm bú lần đầu; và các yếu tố ảnh hưởng (nhân lực, đào tạo, cơ sở vật chất, giám sát, yếu tố từ phía bà mẹ và bối cảnh) thu thập qua phỏng vấn sâu. Định tính sử dụng bộ câu hỏi hướng dẫn bán cấu trúc.

2.5. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu định lượng được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích bằng SPSS 20.0. Biến định tính (phân loại) mô tả bằng tần số và tỷ lệ phần trăm; biến định lượng có phân bố chuẩn mô tả bằng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn, biến không chuẩn mô tả bằng trung vị, min – max. Số liệu định tính được gỡ băng, mã hóa và phân tích theo chủ đề bám theo các mục tiêu nghiên cứu, có trích dẫn minh họa.

2.6. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được Hội đồng Khoa học và Ban Giám đốc Bệnh viện Đa khoa Đức Giang thông qua trước khi triển khai. Đối tượng tham gia được giải thích rõ mục đích, nội dung; được bảo đảm giữ kín thông tin cá nhân và tự nguyện tham gia; có quyền từ chối hoặc rút khỏi nghiên cứu bất cứ lúc nào mà không ảnh hưởng đến việc chăm sóc, điều trị hoặc công việc.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của sản phụ

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học của sản phụ (n = 177)

STT	Nội dung	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
1	Nhóm tuổi: ≤ 25 tuổi	37	20,9
	26–35 tuổi	109	61,6
	Trên 35 tuổi	31	17,5
2	Nghề nghiệp: Công nhân, nông dân	42	23,7
	Tự do, buôn bán, kinh doanh	102	57,6
	Cán bộ, công chức, viên chức	24	13,6
	Khác	9	5,1
3	Học vấn: THPT	78	44,1
	Cao đẳng, trung cấp	65	36,7
	Đại học	31	17,5
	Sau đại học	3	1,7

Nhận xét: Phần lớn sản phụ thuộc nhóm tuổi 26–35 (61,6%); đa số làm nghề tự do, buôn bán, kinh doanh (57,6%). Nghiên cứu chỉ thu thập đặc điểm nhân khẩu học; các đặc điểm sản khoa – lâm sàng quan trọng (mổ chủ động/cấp cứu, loại gây mê, ca ngày/đêm, tuổi thai, cân nặng/Apgar) chưa được ghi nhận để phân tầng.

3.2. Thực hiện các bước chuẩn bị trước mổ

Bảng 2. Thực hiện các bước chuẩn bị trước mổ (n = 177)

Hoạt động	Đủ, đúng n (%)	Chưa đạt n (%)	Không làm n (%)
1. Kiểm tra nhiệt độ phòng, tắt quạt	174 (98,3)	3 (1,7)	0 (0)
2. Điều dưỡng/hộ sinh đón, rửa tay	176 (99,4)	1 (0,6)	0 (0)
3. Chuẩn bị khu vực hồi sức, bật giường sưởi	175 (98,9)	2 (1,1)	0 (0)
4. Kiểm tra bóng, mặt nạ và máy hút	164 (92,7)	12 (6,8)	1 (0,6)
5. Rửa tay ngoại khoa, mặc áo vô khuẩn, đi găng	176 (99,4)	1 (0,6)	0 (0)
6. Chuẩn bị kẹp rốn	177 (100)	0 (0)	0 (0)

Hoạt động	Đủ, đúng n (%)	Chưa đạt n (%)	Không làm n (%)
7. Trải khăn vô khuẩn lên hai đùi sản phụ	177 (100)	0 (0)	0 (0)

Nhận xét: Hầu hết các bước chuẩn bị đạt tỷ lệ rất cao ($\geq 98\%$). Riêng việc kiểm tra đầy đủ dụng cụ hồi sức sơ sinh (bóng, mặt nạ, máy hút) chưa đạt tuyệt đối, vẫn còn trường hợp thực hiện chưa đủ hoặc bỏ sót.

3.3. Thực hiện các thao tác ngay sau mổ

Bảng 3. Thực hiện các thao tác ngay sau mổ lấy thai (n = 177)

Hoạt động	Đủ, đúng n (%)	Chưa đạt n (%)	Không làm n (%)
1. Đọc to thời điểm sinh, giới tính	177 (100)	0 (0)	0 (0)
2. Đặt trẻ lên khăn khô trên đùi mẹ	176 (99,4)	1 (0,6)	0 (0)
3. Lau khô trẻ trong 5 giây ngay sau sinh	173 (97,7)	4 (2,3)	0 (0)
4. Lau khô đúng trình tự trong 30 giây	159 (89,8)	18 (10,2)	0 (0)
5. Bỏ vải ướt, quần trẻ vào khăn khô	177 (100)	0 (0)	0 (0)
6. Kiểm tra còn trẻ thứ hai không	177 (100)	0 (0)	0 (0)
7. Tiêm oxytocin cho mẹ trong vòng 1 phút	177 (100)	0 (0)	0 (0)
8. Kiểm tra dây rốn, cắt khi ngừng đập (1–3 phút)	175 (98,9)	2 (1,1)	0 (0)
9. Kẹp/cắt dây rốn đúng vị trí	176 (99,4)	1 (0,6)	0 (0)
10. Giao trẻ cho hộ sinh/ điều dưỡng	177 (100)	0 (0)	0 (0)
11. Đặt trẻ da kề da trên ngực mẹ	170 (96,0)	2 (1,1)	5 (2,8)
12. Phủ người trẻ và đội mũ	173 (97,7)	0 (0)	4 (2,3)
13. Tư vấn dấu hiệu đòi bú và thời gian da kề da	172 (97,2)	2 (1,1)	3 (1,7)

Nhận xét: Bảy thao tác đạt 100%: đọc to thời điểm sinh và giới tính; bỏ vải ướt và quần khăn khô; kiểm tra còn trẻ thứ hai; tiêm oxytocin trong 1 phút; giao trẻ cho hộ sinh/ điều dưỡng; cùng hai bước chuẩn bị. Thao tác lau khô đúng trình tự có tỷ lệ chưa đạt cao nhất (18 ca; 10,2%); 5 ca (2,8%) không thực hiện được da kề da và 4 ca (2,3%) không phủ người/đội mũ cho trẻ.

3.4. Thời gian tiếp xúc da kề da

Bảng 4. Thực hiện và thời lượng tiếp xúc da kề da (n = 177)

Mức độ thực hiện da kề da	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Không thực hiện da kề da	5	2,8
Có da kề da nhưng < 90 phút	12	6,8
Có da kề da, đủ mốc ≥ 90 phút	160	90,4
Tổng	177	100

Nhận xét: Đa số trẻ được duy trì da kề da đủ mốc khuyến cáo ≥ 90 phút (90,4%). Vẫn còn 6,8% trẻ có da kề da nhưng chưa đủ thời gian và 2,8% không thực hiện được

(chủ yếu do trẻ tím tái, suy hô hấp, sinh non phải chuyển khoa Sơ sinh, hoặc mẹ mệt/buồn nôn xin dừng – xem mục 3.7).

3.5. Hoàn thành bữa bú đầu tiên

Bảng 5. Số trẻ hoàn thành bữa bú đầu trong giờ đầu sau sinh (n = 177)

Nội dung	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Hoàn thành bữa bú đầu trong giờ đầu	170	96,0
Chưa hoàn thành	7	4,0
Tổng	177	100

Nhận xét: Có 170/177 trẻ (96,0%) hoàn thành bữa bú đầu trong giờ đầu sau sinh; còn 7 trường hợp (4,0%) chưa hoàn thành.

3.6. Tỷ lệ ca đạt ngưỡng chấm điểm quy trình

Bảng 6. Tỷ lệ ca đạt ngưỡng chấm điểm CSTYBM-TSS (n = 177)

STT	Kết quả chấm điểm quy trình	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
1	Đạt ngưỡng ($\geq 36/40$ điểm)	170	96,0
2	Chưa đạt ngưỡng (< 36/40 điểm)	7	4,0
	Tổng số	177	100

Nhận xét: Có 170/177 ca (96,0%) đạt ngưỡng chấm điểm quy ước; 7 ca (4,0%) chưa đạt do còn thiếu hoặc không thực hiện đủ tiêu chí.

3.7. Một số yếu tố ảnh hưởng (kết quả định tính)

Nhân lực thực hiện. Thiếu nhân lực đón bé và hỗ trợ bà mẹ tại phòng mổ – phòng hậu phẫu là yếu tố được nhắc đến nhiều nhất khi lý giải việc da kề da và bú sớm chưa được thực hiện đầy đủ, liên tục.

“Mỗi ngày khoa chỉ phân công được tối đa 2 hộ sinh đón bé và bà mẹ tại phòng mổ nên nếu số ca đông thì rất khó thực hiện.” (Hộ sinh)

“Mỗi điều dưỡng phải dành ít nhất 2 tiếng cho một cuộc mổ có thực hiện quy trình nên khó làm liên tục nhiều ca trong ngày.” (Điều dưỡng)

Nhận thức, thái độ về một số bước. Một số nhân viên cho rằng vài thao tác “không cần thiết” nên thực hiện chưa đầy đủ, đặc biệt là kiểm tra dụng cụ hồi sức và bước tư vấn.

“Dụng cụ hồi sức đã kiểm tra đầu mỗi tua nên tôi nghĩ mỗi ca không nhất thiết phải kiểm tra lại.” (Điều dưỡng)

Cơ sở vật chất. Phòng mổ – phòng hậu phẫu xây dựng từ 2014, diện tích chật, chưa có phòng hậu phẫu riêng và rèm che nên khó bảo đảm riêng tư khi triển khai nhiều ca cùng lúc; đôi khi cung ứng oxytocin còn chậm.

“Phòng hậu phẫu nằm chung với nhiều ca mổ khác, lúc đông không đủ giường; giữa các giường chưa có rèm che nên không tạo được sự riêng tư cho sản phụ.” (Hộ sinh)

Yếu tố từ phía bà mẹ và trẻ. Nhiều bà mẹ hiểu lợi ích và sẵn sàng tham gia, nhưng thực tế thể chất – tinh thần sau gây tê (mệt, buồn nôn, khó thở, tụt huyết áp) khiến quy trình bị gián đoạn; một số trẻ tím tái, suy hô hấp, sinh non hoặc cân nặng lớn phải chuyển khoa Sơ sinh.

“Nhiều bà mẹ tụt huyết áp sau gây tê nên buồn nôn, khó chịu; đặt trẻ lên ngực khoảng 20 phút là mẹ đã không chịu được vì tức ngực.” (Hộ sinh)

Giám sát và bối cảnh. Công tác giám sát được đánh giá triển khai thường xuyên; nhân viên đề xuất tăng giám sát đột xuất giữa các tua để thực hiện đồng đều. Cạnh tranh chất lượng với các cơ sở sản khoa lân cận là động lực thúc đẩy bệnh viện duy trì và nâng cao chất lượng quy trình.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được thực hiện trên 177 ca mổ lấy thai tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang nhằm mô tả thực trạng thực hiện CSTYBM-TSS và phân tích một số yếu tố ảnh hưởng. Kết quả cho thấy tỷ lệ ca đạt ngưỡng chấm điểm quy ước ở mức cao trên nhóm ca đủ điều kiện quan sát; đồng thời chỉ ra một số bước còn khoảng trống và các rào cản trong triển khai.

4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Nhóm tuổi 26–35 chiếm tỷ lệ cao nhất (61,6%), phù hợp với xu hướng sinh con hiện nay và tương đồng với nghiên cứu của Lê Minh Thi tại Bệnh viện Quốc tế Hà Nội (tuổi trung bình 32)⁵. Theo hồ sơ đào tạo của bệnh viện, 100% nhân viên các nhóm liên quan (bác sĩ phẫu thuật, hộ sinh – điều dưỡng khoa Sản, điều dưỡng gây mê hồi sức) đã được tập huấn về CSTYBM-TSS – cao hơn một số nghiên cứu trong nước^{5,6}. Cần lưu ý đây là số liệu đào tạo ở cấp nhân viên (khác với 177 ca quan sát), nên chỉ dùng để mô tả bối cảnh, không dùng suy luận nhân quả với tỷ lệ tuân thủ.

4.2. Thực hành chuẩn bị trước mổ

Các bước rửa tay ngoại khoa, chuẩn bị kẹp rốn – khăn khô và kiểm soát nhiệt độ phòng mổ đạt tỷ lệ rất cao ($\geq 98\%$), cao hơn nghiên cứu của Trương Thị Mỹ Hà tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội (kiểm tra nhiệt độ phòng, tắt quạt 63,3%)⁶. Tuy nhiên, kiểm tra bóng – mặt nạ – máy hút hồi sức chưa đạt tuyệt đối (92,7%; 1 ca không thực hiện). Đây là bước liên quan trực tiếp đến an toàn hồi sức sơ sinh; nguyên nhân được ghi nhận qua phỏng vấn là tâm lý chủ quan do thiết bị đã kiểm tra đầu tua trực và áp lực công việc giữ cao điểm. Cần xem đây là trọng tâm cải tiến thay vì một sai sót hình thức.

4.3. Thực hành chăm sóc ngay sau mổ

Tỷ lệ lau khô trẻ trong 5 giây đạt 97,7%, nhưng lau khô đúng trình tự chỉ đạt 89,8% (18 ca chưa đạt) – tiêu chí có tỷ lệ chưa đạt cao nhất. Nguyên nhân chủ yếu là thói quen phẫu thuật viên lau nhanh mặt – đầu rồi chuyển trẻ cho hộ sinh để xử trí cho mẹ. Tiêm oxytocin dự phòng băng huyết đạt 100% (đường tĩnh mạch do sản phụ đã có sẵn đường truyền), phù hợp phác đồ xử trí tích cực giai đoạn ba cuộc đẻ. Kiểm tra và kẹp cắt dây rốn muộn đạt trên 98%, phù hợp khuyến cáo của WHO về lợi ích dự phòng thiếu máu do thiếu sắt cho trẻ^{3,7}.

4.4. Tiếp xúc da kề da và cho trẻ bú sớm

Có 172/177 (97,2%) trẻ được tiếp xúc da kề da ở mức độ nào đó; trong đó 90,4% duy trì đủ mốc ≥ 90 phút, 6,8% chưa đủ thời gian và 2,8% không thực hiện được. Kết quả cao hơn nghiên cứu của Hoàng Thị Thu Hương (67,2%)⁸ và tương đương Phí Thị Thu Hà tại Quảng Ninh (97%)⁹. Tỷ lệ trẻ hoàn thành bú sữa đầu trong giờ đầu đạt 96,0%, cao hơn đáng kể so với một số cơ sở trong nước⁶. Tuy vậy, các trường hợp không da kề da hoặc gián đoạn phần lớn rơi vào nhóm ca có yếu tố lâm sàng bất lợi (trẻ tím tái, suy hô hấp, sinh non; mẹ mệt, buồn nôn, tụt huyết áp) – trùng với nhóm ca đã bị loại khỏi quan sát; do đó tỷ lệ chung có thể phản ánh nhóm ca thuận lợi hơn thực tế và cần được diễn giải thận trọng.

4.5. Hạn chế của nghiên cứu

Thứ nhất, đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang tại một thời điểm, không có nhóm chứng hay số liệu nền, nên không đánh giá được xu hướng hay “cải thiện” theo thời gian. Thứ hai, chọn mẫu thuận tiện và loại các ca có biến chứng (băng huyết, ngạt nặng, dị tật) khiến quần thể chủ yếu gồm ca thuận lợi, có thể ước lượng cao tỷ lệ tuân thủ; nghiên cứu chưa báo cáo lưu đồ tuyển mẫu (tổng số ca mổ, số đủ tiêu chuẩn, được tiếp cận, từ chối/loại trừ) nên khó đánh giá đầy đủ sai lệch chọn mẫu. Thứ ba, đơn vị quan sát là ca mổ/kíp; cùng một nhân viên có thể tham gia nhiều ca (dữ liệu cụm) nhưng chưa được xử lý trong phân tích. Thứ tư, quan sát

trực tiếp có thể gây hiệu ứng Hawthorne làm tăng tỷ lệ tuân thủ; nghiên cứu chưa mô tả số quan sát viên, tính độc lập với khoa và chưa đánh giá độ tin cậy giữa các quan sát viên (kappa). Thứ năm, ngưỡng đạt 90% là quy ước, chưa thẩm định; việc nhị phân hóa điểm có thể che lấp sai sót ở các tiêu chí an toàn. Thứ sáu, phỏng vấn nhân viên trong cùng bệnh viện và do tác giả thực hiện có thể tạo thiên lệch mong muốn xã hội; báo cáo định tính chưa đầy đủ theo COREQ (số người từ chối, thời lượng, việc kiểm tra lại bản ghi/kết quả). Các số liệu cụ thể còn thiếu (phân bố điểm, trung vị thời gian da kề da, một số phân loại trong bảng) cần được đối chiếu với phiếu quan sát gốc trước khi công bố.

5. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Kết luận. Trên 177 ca mổ lấy thai đủ điều kiện quan sát tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang năm 2025, 96,0% ca đạt ngưỡng chấm điểm quy ước ($\geq 36/40$). Bảy thao tác đạt 100%. Các bước còn khoảng trống gồm: kiểm tra bóng – mặt nạ – máy hút hồi sức (chưa đạt 6,8%; không làm 0,6%), lau khô trẻ đúng trình tự (chưa đạt 10,2%) và phủ người/đội mũ (không làm 2,3%). Về da kề da, 90,4% ca đủ mốc ≥ 90 phút, 6,8% chưa đủ thời gian và 2,8% không thực hiện được; 96,0% trẻ hoàn thành bú sữa đầu trong giờ đầu. Kết quả giới hạn ở nhóm ca đủ điều kiện quan sát, không suy rộng cho toàn bộ công tác chăm sóc.

Khuyến nghị. (1) Bệnh viện duy trì đào tạo định kỳ dựa trên năng lực về CSTYBM-TSS cho hộ sinh – điều dưỡng, tập trung vào các bước còn hạn chế. (2) Khoa Sản đưa việc kiểm tra bộ hồi sức (bóng, mặt nạ, máy hút) và lau khô đúng trình tự thành nội dung bắt buộc trước mỗi ca, có kiểm đếm; tổ chức audit định kỳ với ngưỡng mục tiêu và phản hồi cho từng kíp trực. (3) Bổ sung nhân lực đón bé và hỗ trợ bà mẹ tại khu hồi tỉnh, xem xét bố trí phòng hậu phẫu bảo đảm diện tích và riêng tư để duy trì da kề da đủ thời gian. (4) Tăng cường tư vấn tiền sản gồm cả các khó khăn có thể gặp trong mổ để bà mẹ chủ động phối hợp. (5) Hộ sinh – điều dưỡng tiếp tục giữ vai trò trung tâm trong thực hiện CSTYBM-TSS.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] World Health Organization. WHO recommendations on newborn health: guidelines approved by the WHO Guidelines Review Committee. Geneva: WHO; 2017.
- [2] Bộ Y tế. Quyết định số 4673/QĐ-BYT ngày 10/11/2014 phê duyệt tài liệu hướng dẫn chuyên môn chăm sóc thiết yếu bà mẹ, trẻ sơ sinh trong và ngay sau đẻ. Hà Nội: Bộ Y tế; 2014.
- [3] Bộ Y tế. Quyết định số 6734/QĐ-BYT ngày 15/11/2016 phê duyệt tài liệu hướng dẫn chuyên môn chăm sóc thiết yếu bà mẹ, trẻ sơ sinh trong và ngay sau mổ lấy thai. Hà Nội: Bộ Y tế; 2016.
- [4] Bộ Y tế. Quyết định số 5913/QĐ-BYT ngày 29/12/2021 phê duyệt tài liệu “Tiêu chí và hướng dẫn đánh giá công nhận bệnh viện thực hành nuôi con bằng sữa mẹ xuất sắc”. Hà Nội: Bộ Y tế; 2021.
- [5] Lê Minh Thi. Đánh giá thực hành chăm sóc thiết yếu bà mẹ và trẻ sơ sinh tại Bệnh viện Quốc tế Hà Nội. Tạp chí Điều dưỡng Việt Nam. Năm 2021; số 31: 62–68.
- [6] Trương Thị Mỹ Hà. Thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng đến công tác chăm sóc thiết yếu cho bà mẹ, trẻ sơ sinh trong và ngay sau mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội. Hà Nội; 2020.
- [7] McDonald SJ, Middleton P, Dowswell T, Morris PS. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 2013;(7):CD004074.
- [8] Hoàng Thị Thu Hương. Thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng đến thực hiện quy trình chăm sóc thiết yếu bà mẹ, trẻ sơ sinh trong và ngay sau mổ lấy thai tại Bệnh viện Vinmec năm 2018. Hà Nội; 2018.
- [9] Phí Thị Thu Hà. Thực trạng thực hiện chăm sóc thiết yếu bà mẹ và trẻ sơ sinh tại Bệnh viện Sản Nhi Quảng Ninh. Tạp chí Y học Việt Nam năm 2020; tập 490(2): 89–95.
- [10] Nguyễn Thị Thanh Thúy. Thực trạng tuân thủ quy trình chăm sóc thiết yếu cho bà mẹ và trẻ sơ sinh trong và sau mổ lấy thai tại Khoa Phụ sản, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.