

điều trị đột quy cấp (khuyến cáo nhóm I, bằng chứng A) [8]

- Ở biểu đồ 3, thấy những người bệnh hiểu, biết về đột quy chủ yếu qua người thân bị đột quy chiếm 33,2%, sau đó là qua truyền hình chiếm 19,5%, qua các phương tiện khác chiếm tỷ lệ ít. Hiện tại Khoa đột quy Bệnh viện Quân y 103 có chương trình giáo dục định kỳ vào chiều thứ tư hàng tuần cho người nhà bệnh nhân về cách nhận biết và tầm quan trọng của tiếp cận điều trị sớm mặt bệnh đột quy. Các hình thức khác như: qua truyền hình, internet, sách báo giúp người dân nhận thức về mặt bệnh đột quy còn ít. Chúng tôi cho rằng đối tượng bệnh nhân đột quy là người già nên các phương tiện như internet, sách báo thường hạn chế. Nhưng đây là phương pháp dễ tuyên truyền cho số lượng lớn người dân, vì vậy để nâng cao tỷ lệ người dân hiểu, biết về đột quy cần các nhà hoạch định chiến lược vào cuộc.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 86 bệnh nhân đến viện trong 4,5 giờ khởi phát nhồi máu não, 170 bệnh nhân đến viện sau 4,5 giờ chúng tôi thấy: Trình độ văn hoá cao có tỷ lệ đến viện $\leq 4,5$ giờ cao hơn so với trình độ văn hoá thấp. Hiểu về đột quy có tỷ lệ đến viện $\leq 4,5$ giờ là 70,9%, đến viện sau 4,5 giờ là 29,6% với $p < 0,05$, trong đó hiểu về đột quy qua người thân bị đột quy chiếm tỷ lệ cao 32,3%. Với khoảng cách từ nhà tới bệnh viện dưới 5,05km, bệnh nhân có khả năng đến viện trước 4,5 giờ, với độ nhạy 83% và độ đặc hiệu 79%, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Wade, S.S., D.E. Joey, and S.C. Johnston, Cerebrovascular Diseases, in HARRISON'S NEUROLOGY IN CLINICAL MEDICINE, S.L. HAUSER, Editor. 2013: McGraw-Hill Education. p. 256-294.
2. Powers, W.J., et al., 2018 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke, 2018. 49(3): p. e46-e99.
3. Paul, C.L., et al., How can we improve stroke thrombolysis rates? A review of health system factors and approaches associated with thrombolysis administration rates in acute stroke care. Implementation science: IS, 2016. 11: p. 51-51.
4. Acharya, A.B., et al., Distance from home to hospital and thrombolytic utilization for acute ischemic stroke. J Stroke Cerebrovasc Dis, 2011. 20(4): p. 295-301.
5. Aguiar de Sousa, D., et al., Access to and delivery of acute ischaemic stroke treatments: A survey of national scientific societies and stroke experts in 44 European countries. European Stroke Journal, 2018. 4(1): p. 13-28.
6. Lahr, M.M.H., et al., Proportion of Patients Treated With Thrombolysis in a Centralized Versus a Decentralized Acute Stroke Care Setting. 2012. 43(5): p. 1336-1340.
7. Kunisawa, S., et al., Factors associated with the administration of tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke. J Stroke Cerebrovasc Dis, 2014. 23(4): p. 724-31.
8. Powers, W.J., et al., Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke, 2019. 50(12): p. e344-e418.

KẾT QUẢ CHĂM SÓC TRẺ ĐẸ NON BẰNG PHƯƠNG PHÁP KANGAROO TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG NĂM 2023

Nguyễn Thị Phương Ly^{1,3}, Nguyễn Thị Quỳnh Nga^{2,3}

TÓM TẮT

Đẻ non là một vấn đề thường gặp có ảnh hưởng lớn đến khả năng sống, phát triển thể chất tâm thần và tình trạng sức khỏe lâu dài của trẻ. Chăm sóc trẻ đẻ non bằng phương pháp Kangaroo (Kangaroo

Mother Care- KMC) là một biện pháp can thiệp hiệu quả, chi phí thấp, dễ thực hiện, nhưng mang lại nhiều lợi ích cho cả bà mẹ và trẻ sơ sinh. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm và kết quả chăm sóc trẻ đẻ non bằng phương pháp Kangaroo tại Bệnh Viện Nhi Trung ương năm 2023 và phân tích một số yếu tố liên quan đến kết quả chăm sóc trẻ sơ sinh đẻ non. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Trẻ sơ sinh đẻ non nhập viện tại Trung tâm Sơ sinh Bệnh viện Nhi Trung ương, được chăm sóc bằng phương pháp KMC từ 03/2023 đến 08/2023. Các dấu hiệu lâm sàng và kết quả điều trị được thu thập và phân tích. **Kết quả:** Có 102 trẻ sơ sinh đủ điều kiện được đưa vào nghiên cứu. Thời gian KMC trung bình $15,62 \pm 10,28$ ngày, thời gian da kề da ≥ 20 giờ/ngày (92,2%), 96,1% đạt kết quả

¹Trường Đại Học Thăng Long

²Trường Đại Học Y Hà Nội

³Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Quỳnh Nga

Email: ngaquynh2006@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.12.2023

Ngày duyệt bài: 8.01.2024

chăm sóc KMC tốt. Quá trình KMC giúp trẻ đẻ non ổn định thân nhiệt, cải thiện cân nặng, chiều dài, vòng đầu, tình trạng bú kém, nôn trớ, thở nhanh, tím nhanh. Các yếu tố ảnh hưởng tới kết quả KMC bao gồm chế độ ăn sữa mẹ hoàn toàn, thời gian da kề da ≥ 20 giờ/ngày và mức độ thành thạo của người chăm sóc. **Kết luận:** KMC là phương pháp mang lại nhiều lợi ích, đặc biệt cho trẻ đẻ non. Vì vậy cần nâng cao hiểu biết và kỹ năng thực hiện KMC cho cả nhân viên y tế cũng như người chăm sóc trong thực hành lâm sàng. **Từ khóa:** Kangaroo Mother Care, trẻ sơ sinh, đẻ non.

SUMMARY

RESULTS OF KANGAROO PREMATURE BIRTH CARE AT THE NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL IN 2023

Preterm birth is a common problem that has a major impact on a child's survival, physical-mental development, and long-term health status. Kangaroo Mother Care (KMC) is an effective, low-cost, easy-to-implement intervention that offers many benefits to both mother and newborn. **Objective:** To characterize and outcome the care of premature infants using the Kangaroo method at the National Children's Hospital in 2023 and analyze some of the factors related to the outcomes of care for premature newborns. **Subjects and methods of study:** Premature infants admitted to the National Children's Hospital Neonatal Center, receiving care using the KMC method from March 2023 to August 2023. Clinical symptoms and results of hospital treatment are collected and analyzed. **Results:** There were 102 eligible infants included in the study. The average KMC duration of 15.62 ± 10.28 days, skin-to-skin time ≥ 20 hours/day (92.2%), 96.1% achieved good KMC care outcomes. The KMC process helps premature infants stabilize their body temperature, improve weight, length, head circumference, poor feeding, vomiting, tachypnea, tachycardia. Factors influencing KMC results include exclusive breastfeeding, skin-to-skin duration ≥ 20 hours a day, caregivers, and performance skills. **Conclude:** KMC is a method that brings many benefits, especially for premature newborns. Therefore, it is necessary to improve the understanding and skills of KMC implementation for both medical staffs as well as caregivers in clinical practice. **Keywords:** Kangaroo Mother Care, newborns, premature birth.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên thế giới, có khoảng 15-20% trẻ sơ sinh cân nặng thấp do đẻ non, và suy dinh dưỡng từ thời kì bào thai. Trong đó, tỷ lệ này ở Mỹ là 12-13%, và ở Châu Âu là 6-9% [1]. Tại Việt Nam, theo điều tra mục tiêu phát triển bền vững ở trẻ em và phụ nữ năm 2020-2021 ước tính hàng năm có khoảng 103.500 trẻ đẻ non và 17.000 trẻ tử vong trong vòng 28 ngày sau khi sinh [2]. Đẻ non là vấn đề thường gặp có ảnh hưởng lớn đến khả năng sống sót, phát triển thể chất tâm thần và tình trạng sức khỏe lâu dài của trẻ. Trẻ đẻ

non có nguy cơ tử vong tăng gấp 20 lần so với trẻ đủ tháng. Chăm sóc trẻ bằng phương pháp Kangaroo (Kangaroo Mother Care- KMC) là một biện pháp can thiệp hiệu quả với chi phí thấp, đơn giản, dễ thực hiện, nhưng lại mang đến nhiều lợi ích cho cả bà mẹ và trẻ sơ sinh. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh rằng phương pháp này giúp giảm đến 36% nguy cơ tử vong ở trẻ sơ sinh nhẹ cân so với các chăm sóc thông thường [3].

Mặc dù là phương pháp chăm sóc có nhiều ưu điểm như dễ thực hiện, ít tốn kém và mang lại hiệu quả cao, đồng thời giúp trẻ phát triển ổn định, và ít nguy cơ mắc bệnh. Tuy nhiên, để thực hiện phương pháp Kangaroo hiệu quả, việc hướng dẫn người mẹ thực hành đúng kỹ thuật là vô cùng quan trọng. Điều này đòi hỏi người mẹ cần được chuẩn bị đầy đủ các kỹ năng cần thiết trong quá trình nuôi dưỡng. Thực tế ở Việt Nam còn ít nghiên cứu về kết quả của phương pháp này, do đó chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài: "Kết quả chăm sóc trẻ đẻ non bằng phương pháp Kangaroo tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2023" với 2 mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm và kết quả chăm sóc trẻ đẻ non bằng phương pháp Kangaroo tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2023.*

2. *Phân tích một số yếu tố liên quan và rào cản đến kết quả chăm sóc bệnh nhi.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

• Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

Về trẻ: Trẻ được sinh ra sống và có tuổi thai từ 22 tuần đến trước 37 tuần, được chăm sóc bằng phương pháp KMC từ tháng 3 năm 2023 đến hết tháng 8 năm 2023.

Về bố-mẹ: Tự nguyện tham gia nghiên cứu, hợp tác thực hiện phương pháp KMC. Có tinh thần ổn định, khỏe mạnh, không mắc bệnh lây nhiễm.

Về điều dưỡng chăm sóc: Đồng ý tham gia hướng dẫn và trực tiếp chăm sóc trẻ.

• **Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân:** Trẻ sử dụng thuốc vận mạch, chưa nuôi ăn qua đường tiêu hóa, thở máy xâm lấn, tổn thương ngực và tạng, dị dạng bẩm sinh nặng, và tình trạng cấp cứu. Bố-mẹ trẻ không đồng ý tham gia nghiên cứu hoặc không đủ khả năng thực hiện KMC.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện từ 03/2023 - 08/2023.

Địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại Trung tâm Sơ sinh - Bệnh viện Nhi Trung ương.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả

cắt ngang.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, có 102 trẻ đẻ non nhập viện tại Trung tâm Sơ sinh từ tháng 3 đến tháng 8 năm 2023 được chăm sóc bằng phương pháp KMC.

Quy trình nghiên cứu: Khai thác thông tin chung, hỏi tiền sử, bệnh sử, khám lâm sàng. Tiến hành quy trình KMC cho trẻ và theo dõi. Mô tả thực trạng chăm sóc trẻ đẻ non, đánh giá kết quả chăm sóc bằng phương pháp KMC và một số yếu tố liên quan.

Xử lý số liệu: Bằng phần mềm SPSS 20.0. Mô tả dữ liệu: Biểu định tính biểu thị dưới dạng tỷ lệ phần trăm, biểu định lượng biểu thị dưới dạng trung bình, độ lệch chuẩn. Phân tích số liệu bằng phép kiểm định T-test, sự khác biệt có ý

nghĩa thống kê khi p-value < 0,05. Xác định yếu tố liên quan khi có OR > 1 và nằm trong khoảng 95% CI và p < 0,05.

Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu này được thực hiện thông qua hội đồng trường Đại Học Thăng Long và hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học số 1187/BVNTWW-HĐĐĐ ngày 16 tháng 03 năm 2023 bệnh viện Nhi Trung ương.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong khoảng thời gian nghiên cứu từ tháng 03/2023 đến tháng 08/2023, chúng tôi thu thập được 102 trẻ sơ sinh đẻ non đủ điều kiện đưa vào nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu được trình bày dưới đây:

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu		Số trẻ (n=102)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	54	52,9
	Nữ	48	47,1
Tuổi thai (tuần)	< 28	5	4,9
	Từ 28 đến < 32	27	26,5
	Từ 32 đến < 37	70	68,6
	Trung bình (X ± SD)	32,6 ± 2,3	
Cân nặng khi sinh (gram)	< 1000	7	6,9
	Từ 1000 đến < 1500	11	10,8
	Từ 1500 đến < 2500	38	37,3
	≥ 2500	46	45,1
Trung bình (X ± SD)		1937,36 ± 474,06	
Phân loại cân nặng theo tuổi thai	Đủ cân theo tuổi thai	59	57,8
	Nhẹ cân theo tuổi thai	43	42,2
Tình trạng lâm sàng ngay sau sinh	Phản xạ sơ sinh chậm	22	21,6
	Phản xạ bú kém	94	92,2
	Rối loạn nhịp thở (*)	67	65,7
	Mạch nhanh > 140 lần/phút	72	70,6
Người chăm sóc trẻ	Mẹ chăm sóc hoàn toàn	80	78,4
	Mẹ và người khác chăm sóc	22	21,6

Ghi chú (*): thở nhanh ≥ 60 lần/ phút, thở chậm < 40 lần/ phút, và cơn ngừng thở > 20 giây.

Nhận xét: Kết quả cho thấy trẻ trai chiếm 52,9% và 47,1% là trẻ gái. Đa phần tuổi thai từ 32 đến < 37 tuần chiếm 68,6%, trung bình là 32,6 ± 2,3 tuần. Số trẻ cân nặng < 2500gram chiếm 54,9%. Cân nặng trung bình là 1837,36 ±

474,06 gram. Phản xạ sơ sinh chậm chiếm 21,6%, và 92,2% trẻ chưa có phản xạ bú hoặc bú kém. Trẻ có rối loạn nhịp thở chiếm 65,7%. Hầu hết trẻ có tần số mạch nhanh (70,6%). Mẹ là người chăm sóc hoàn toàn trong nghiên cứu chiếm 78,4%.

Bảng 2. Kết quả chăm sóc toàn diện trẻ đẻ non bằng phương pháp KMC

Kết quả điều trị phương pháp KMC		Số trẻ (n)	Tỷ lệ (%)
Số ngày thực hiện KMC (ngày)	< 10	3	2,9
	10 – 14	16	15,7
	≥ 14	83	81,4
	Trung bình (X ± SD)	15,62 ± 10,28	
Thời gian tiếp xúc da kề da trong ngày (giờ/ngày)	< 20	8	7,8
	≥ 20	94	92,2
	Trung bình (X ± SD)	25,00 ± 1,28	

Kết quả chăm sóc KMC	Tốt	98	96,1
	Chưa tốt	4	3,9

Nhận xét: Số ngày thực hiện KMC chủ yếu từ 14 ngày trở lên chiếm 81,4%, thời gian trung bình 15,62 ± 10,28 ngày. Thời gian tiếp xúc da kề da trong ngày ≥ 20 giờ chiếm 92,2%. Với trung bình là 25,0 ± 1,28 giờ/ngày. Kết quả chăm sóc KMC tốt chiếm tỉ lệ cao là 96.1%.

Bảng 3. Thay đổi biểu hiện lâm sàng theo các giai đoạn trong quá trình KMC

Thay đổi biểu hiện lâm sàng trong quá trình KMC		Ngày đầu n (%)	Sau 1 tuần n (%)	Lúc ra viện n (%)
Thân nhiệt	Bình thường	97 (95,1)	99 (97,1)	102 (100)
	Thấp	5 (4,9)	3 (2,9)	0 (0)
Cân nặng	Giảm	50 (49,0)	23 (22,5)	1 (1,0)
	Không đổi	33 (32,4)	1 (1,0)	2 (2,0)
	Tăng	19 (18,6)	78 (76,5)	99 (97)
Chiều dài	Không đổi	84 (82,4)	5 (4,9)	0 (0)
	Tăng	18 (17,6)	97 (95,1)	102 (100)
Vòng đầu	Không đổi	68 (66,7)	5 (4,9)	1 (1,0)
	Tăng	34 (33,3)	97 (95,1)	101 (99,0)
Triệu chứng lâm sàng các cơ quan	Ngưng thở > 20 giây	64 (62,7)	9 (8,8)	2 (2,0)
	Thở nhanh ≥ 60 lần/phút	16 (15,7)	10 (9,8)	2 (2,0)
	Tim nhanh ≥ 160 lần/phút	29 (28,4)	5 (4,9)	1 (1,0)
	Phản xạ bú kém	94 (92,2)	53(52,0)	2 (2,0)
	Dinh dưỡng bú mẹ	7 (6,9)	9 (8,8)	77 (75,5)
	Nôn trớ	52 (51,0)	15 (14,7)	0 (0)
Kỹ năng thực hiện KMC	Đạt	13 (12,7)	87 (85,3)	100 (98)
	Chưa đạt	89 (87,3)	15 (14,7)	2 (2,0)

Nhận xét: Thân nhiệt trong quá trình KMC hầu hết bình thường tại các thời điểm ghi nhận. Tỷ lệ thân nhiệt thấp chiếm 4.9% và khi ra viện 100% thân nhiệt bình thường. Tỷ lệ giảm cân giảm dần từ 49% ở ngày đầu, và ngày ra viện là 1%. Trong qua trình KMC đến khi ra viện 97%

trẻ tăng cân, 100% trẻ tăng chiều dài và 99% trẻ tăng kích thước vòng đầu. Tỷ lệ cơn ngừng thở > 20 giây, thở nhanh, tim nhanh, bú kém, nôn trớ đều giảm, tỷ lệ lúc ra viện chỉ còn 0-2%. 75,5% trẻ khi ra viện được bú mẹ hoàn toàn. Tỷ lệ thực hiện kỹ năng KMC đạt yêu cầu chiếm 98%.

Bảng 4. Một số yếu tố liên quan đến kết quả chăm sóc KMC

Yếu tố liên quan đến kết quả chăm sóc KMC	Kết quả tốt		Kết quả chưa tốt		OR (95% CI)	Giá trị p	
	Số trẻ	Tỷ lệ %	Số trẻ	Tỷ lệ %			
Tuổi thai (tuần)	< 32	31	96,9	1	3,1	0,29 (0,06-2,3)	0,75
	32 – 37	67	94,4	3	5,6		
Cân nặng (gram)	< 1500	30	93,8	2	6,2	2,75 (0,55-13,86)	0,45
	≥ 1500	68	97,1	2	2,9		
Nuôi dưỡng	Kết hợp	45	97,8	1	2,2	4,41 (0,53-36,78)	0,03
	Bú mẹ	55	94,8	3	5,2		
Thời gian da kề da (giờ/ngày)	< 20	6	75,0	2	25,0	2,61 (1,52-13,13)	0,02
	≥ 20	92	97,9	2	2,1		
Kỹ năng	Chưa đạt	1	50,0	1	50,0	9,25 (1,14-74,88)	0,025
	Đạt	99	99,0	1	1,0		
Người chăm sóc	Mẹ	21	95,5	1	4,5	7,52 (1,76-32,12)	0,01
	Phối hợp	77	94,8	3	5,2		

Nhận xét: Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa chế độ nuôi dưỡng bằng sữa mẹ hoàn toàn, thời gian thực hiện da kề da, mẹ là người chăm sóc trẻ hoàn toàn và kỹ năng thực hiện KMC với kết quả điều trị bằng phương pháp KMC của trẻ bị bệnh (p < 0,05). Trong khi đó không có mối liên quan giữa tuổi thai và cân nặng khi sinh với kết quả chăm sóc trẻ (p > 0,05).

IV. BÀN LUẬN

Trong 102 trẻ được chọn vào nghiên cứu tỷ lệ trẻ trai là (52.9%). Kết quả này tương đồng với kết quả của Đặng Thị Mỹ Tánh năm 2014 tại bệnh viện Nhi Đồng 2 cho thấy tỷ lệ trẻ trai sơ sinh non tháng là (51,8%) [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi tuổi thai trung bình của trẻ đẻ non

là $32,6 \pm 2,3$ tuần, phần lớn là nhóm trẻ từ 32 tuần tới dưới 37 tuần chiếm 68,6%. Tuổi thai trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với tác giả Nguyễn Thị Thu Phương khi nghiên cứu ở khoa Sơ sinh Bệnh viện Phụ Sản – Nhi Đà Nẵng từ 2014 - 2016 trên 1214 trẻ sơ sinh non tháng nhẹ cân, cho kết quả trung bình là $32,7 \pm 3$ tuần [5]. Kết quả của chúng tôi cao hơn so với Đặng Thị Mỹ Tánh, khi tuổi thai trung bình trong nghiên cứu này là $30,7 \pm 1,91$ tuần [4]. Sự khác biệt này do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi lựa chọn trẻ sơ sinh non tháng dưới 37 tuần trong khi Đặng Thị Mỹ Tánh lựa chọn mốc tuổi thai dưới 34 tuần [4]. Cân nặng trung bình khi sinh trong nghiên cứu của chúng tôi là $1937,36 \pm 474,06$ gram, trẻ có cân nặng < 2500 gram chiếm 54,9%. Kết quả của chúng tôi cao hơn tác giả Nguyễn Thị Thu Phương ($1677,9 \pm 468,1$ gram) [5], và Đặng Thị Mỹ Tánh (1500 ± 267 gram). Điều này được giải thích là do các tác giả này ưu tiên chọn những trẻ có cân nặng thấp hơn 2000 gam, còn trong nghiên cứu của chúng tôi đa phần là trẻ sơ sinh non muộn từ 32 tuần tới dưới 37 tuần, vì vậy cân nặng có xu hướng cao hơn [4].

Biểu hiện lâm sàng ngay sau sinh của nhóm trẻ đẻ non trong nghiên cứu rất đa dạng, chủ yếu là phản xạ bú kém hoặc chưa có phản xạ bú chiếm tỷ lệ cao (92,2%), phản xạ sơ sinh chậm (21,6%), tỷ lệ rối loạn nhịp thở bao gồm thở nhanh ≥ 60 lần/phút, thở chậm < 40 lần/phút, cơn ngưng thở kéo dài > 20 giây chiếm tỷ lệ (65,7%), mạch nhanh chiếm (70,6%). Đây là những biểu hiện thường gặp ở trẻ đẻ non, đặc biệt khi các cơ quan chưa trưởng thành thì nguy cơ rối loạn chức năng tim mạch, hô hấp, thần kinh càng cao. Vì vậy cần có những biện pháp can thiệp hỗ trợ, chăm sóc trẻ đẻ non đúng cách. Trong nghiên cứu của chúng tôi, người chăm sóc trẻ chủ yếu là mẹ của trẻ (78,4%), có 21,6% là mẹ và người khác cùng tham gia. Điều này thể hiện vai trò của mẹ là vô cùng quan trọng. Nghiên cứu của tác giả Rebecca Dawar cho rằng phần lớn các bà mẹ (51,7%) đánh giá hiệu quả KMC phụ thuộc vào sự giúp đỡ và trách nhiệm của các thành viên gia đình, 42% trường hợp có chồng phối hợp thực hiện tiếp xúc da kề da/KMC đã góp phần nâng cao hiệu quả KMC [6]. Nghiên cứu nhấn mạnh vai trò của người chăm sóc trẻ sơ sinh, có ý nghĩa quyết định tới sự tăng trưởng và phát triển của trẻ. Hơn nữa KMC là phương pháp yêu cầu sự gắn kết và trách nhiệm cao giữa bố, mẹ và các thành viên trong gia đình. Điều này thể hiện trong kết quả

nghiên cứu của chúng tôi, đa phần số ngày thực hiện KMC là ≥ 14 ngày chiếm 81,4%, 92,2% số trẻ được da kề da ≥ 20 giờ/ngày. Tỷ lệ phối hợp thực hiện và đạt kết quả KMC tốt chiếm tỷ lệ cao (96,1%).

Từ nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy, khi thực hiện KMC trẻ được giữ ấm, giảm nguy cơ hạ thân nhiệt, ổn định nhịp tim, cải thiện hô hấp, tạo điều kiện hỗ trợ nuôi con bằng sữa mẹ, giúp trẻ tăng cân, phát triển tinh thần và cảm xúc tốt hơn. Đồng thời trẻ cảm nhận được tình yêu, môi trường bảo vệ ngay từ giai đoạn đầu đời, góp phần giúp trẻ ít bị ảnh hưởng bởi các stress và giảm tỷ lệ mắc bệnh [7]. Thật vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có sự thay đổi đáng kể như tình trạng thân nhiệt ổn định hơn (100% thân nhiệt bình thường), 97% tăng cân, 100% tăng chiều dài, 99% tăng chu vi vòng đầu, cải thiện gần như hoàn toàn các triệu chứng bất thường khi nhập viện như ngừng thở, thở nhanh, tim nhanh, nôn trớ, bú kém. Nghiên cứu của Agnes Linnér cũng cho thấy vai trò của KMC và tiếp xúc da kề da sau sinh có tác dụng tốt trong việc ổn định chức năng các cơ quan, đặc biệt là biểu hiện trên tim mạch và hô hấp [7]. Vì vậy, chăm sóc trẻ đẻ non nhẹ cân bằng phương pháp KMC là sự chăm sóc mang đầy tính nhân văn, bảo đảm một sự khởi đầu toàn diện và tốt nhất cho trẻ.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tuổi thai và cân nặng không ảnh hưởng tới kết quả thực hiện KMC. Những trẻ được nuôi hoàn toàn bằng sữa mẹ đem lại lợi ích KMC tốt hơn. Sữa mẹ dễ tiêu hóa và hấp thu đặc biệt đối với trẻ đẻ non có hệ tiêu hóa còn non yếu, đồng thời trẻ nhận được các kháng thể giúp chống lại các bệnh nhiễm khuẩn và phát triển thông minh hơn. Bên cạnh đó trẻ được mẹ chăm sóc KMC hoàn toàn có kết quả tốt hơn gấp 7,52 lần những trẻ được mẹ và người khác chăm sóc. Điều này là do thời gian tiếp xúc mẹ con nhiều hơn, tạo thuận lợi cho trẻ tiếp cận bầu sữa mẹ và giảm nguy cơ thay đổi thân nhiệt khi thay người chăm sóc. Mẹ có thời gian âu yếm, theo dõi các dấu hiệu và chuyển biến bất thường của trẻ, từ đó có những can thiệp kịp thời. Người chăm sóc KMC thành thạo mang lại kết quả tốt gấp 9,25 lần người chăm sóc chưa thành thạo. Điều này giúp người chăm sóc đặt đúng trẻ vào vị trí kangaroo, từ đó giúp trẻ cải thiện các triệu chứng lâm sàng như nhịp thở, nhịp tim, tình trạng hạ thân nhiệt, đồng thời tạo cho mẹ tư thế thoải mái dễ chịu, hạn chế những cản trở khi thực hiện da kề da ≥ 20 h mỗi ngày.

Thời gian thực hiện da kề da trên 20 giờ/ngày đem lại kết quả KMC tốt (97.9%) cao hơn so với nhóm thực hiện da kề da dưới 20 giờ/ngày (75%). Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy mối liên quan giữa số giờ trẻ tiếp xúc da kề da với tỷ lệ bà mẹ thực hiện đạt các bước chăm sóc trẻ bằng phương pháp KMC. Những bà mẹ có thời gian thực hiện phương pháp KMC nhiều hơn, thì tỷ lệ thực hành đạt tiêu chuẩn cũng cao hơn. Bên cạnh đó, một số yếu tố ảnh hưởng tới kết quả của liệu pháp KMC như trình độ chuyên môn, kỹ năng giao tiếp của nhân viên y tế, và sự nhận thức của người mẹ. Điều này cũng được ghi nhận trong nghiên cứu của Mathias (2021) [8]. Rõ ràng khi chuyên môn và giao tiếp của nhân viên y tế tốt sẽ giúp bố/mẹ trẻ có những kiến thức, kỹ năng cần thiết, giúp họ khỏi ngỡ ngàng, và tự tin hơn trong khi thực hành KMC.

V. KẾT LUẬN

KMC là phương pháp mang lại nhiều lợi ích, đặc biệt cho trẻ đẻ non. Cần nâng cao tỷ lệ nuôi dưỡng bằng sữa mẹ hoàn toàn, tối ưu thời gian da kề da ≥ 20 giờ/ngày, thực hiện kỹ năng KMC đúng quy trình, và nâng cao vai trò của mẹ trong quá trình chăm sóc trẻ. Điều này giúp cải thiện kết quả của liệu pháp KMC. Một phần quan trọng là trình độ chuyên môn của điều dưỡng, kỹ năng giao tiếp và sự phối hợp chặt chẽ giữa nhân viên y tế với bố/mẹ trẻ trong thực hành lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Abdulghani, N., Edvardsson, K, Amir, L. H.** (2018). Worldwide prevalence of mother-infant skin-to-skin contact after vaginal birth: A

systematic review. PLoS one, 13(10), e0205696. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0205696>.

2. **Nguyễn Thị Lam Hồng** (2019). Chăm sóc trẻ bằng phương pháp Kangaroo mang lại nhiều lợi ích. Tài liệu tập huấn, giáo dục sức khỏe của Khoa Hồi sức cấp cứu sơ sinh. Bệnh viện Nhi Trung ương. Hà Nội, 5/2019.
3. **Ayele, E., Tasew, H., Mariye, T, et al.** (2023). Magnitude of kangaroo mother care practice and its associated factors in Tigray region, northern Ethiopia, 2019: cross-sectional study design. The Pan African medical journal, 44, 5. <https://doi.org/10.11604/pamj.2023.44.5.29894>.
4. **Đặng Thị Mỹ Tánh, Lương Thị Ánh Thùy** (2015). "Đánh giá hiệu quả chăm sóc trẻ sinh non nhẹ cân bằng phương pháp Càng - Gu - Ru tại khoa Sơ sinh, bệnh viện Nhi Đồng 2. Tạp chí Điều dưỡng Việt Nam. 8, tr. 9-16, năm 2015.
5. **Nguyễn Hồng Như Phương** (2018). Đánh giá kết quả chăm sóc và nuôi dưỡng trẻ non tháng, nhẹ cân bằng phương pháp Kangaroo tại khoa Sơ sinh bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ từ tháng 1/2017 - 10/2017. Báo cáo kết quả đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở, Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ năm 2017.
6. **Dawar R, Nangia S, Thukral A, et al.** Factors Impacting Practice of Home Kangaroo Mother Care with Low Birth Weight Infants Following Hospital Discharge. J Trop Pediatr. 2019;65(6): 561-568. doi:10.1093/tropej/fmz007.
7. **Linnér A, Lode Kolz K, Klemming S, et al.** Immediate skin-to-skin contact may have beneficial effects on the cardiorespiratory stabilisation in very preterm infants. Acta Paediatr. 2022;111(8):1507-1514. doi:10.1111/apa.16371.
8. **Mathias CT, Mianda S, Ohdihambo JN, et al.** Facilitating factors and barriers to kangaroo mother care utilisation in low- and middle-income countries: A scoping review. Afr J Prim Health Care Fam Med. 2021 Aug 23;13(1):e1-e15. doi: 10.4102/phcfm.v13i1.2856.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GỠY KÍN ĐẦU DƯỚI XƯƠNG QUAY BẰNG KÉO NẮN, BÓ BỘT TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Vũ Văn Khoa¹, Nguyễn Dương Nhật Thi¹

ngoại trú - Bệnh viện Việt Đức năm 2021-2022. **Kết quả:** 74% số ca là do tai nạn giao thông, 65,5% ở tay phải, gãy loại A là chủ yếu (78,5%), được đến khám trung bình trong vòng $8,75 \pm 5,5$ giờ, 13,5% gặp biến chứng trong quá trình điều trị, bao gồm dị ứng do vật liệu bột, chèn ép do bột. Kết quả nắn xương bó bột trên đánh giá các góc độ theo thang điểm Lidstrom, 59,0% có kết quả nắn xương rất tốt, 27,0% tốt; có 4,0% có kết quả nắn khá. Sau tháo bột 4 tuần, tỉ lệ điểm RUSS <2 điểm là 25,0%, 2-4 điểm là 57,5%, trên 4 điểm là 22,5%. Điểm RUSS cải thiện theo thời gian, sau 24 tuần 100% đối tượng có điểm RUSS 7-8 điểm. Điểm Green và O'Brien có Cooney cải tiến sau tháo bột 12 tháng đạt mức rất tốt, $95,9 \pm 19,1$ điểm. Thời gian bất động trung bình là $5,4 \pm 0,7$ tuần. 69,5% người bệnh có kết quả phục hồi chức năng vận

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị kín đầu dưới xương quay bằng kéo nắn, bó bột tại khoa Khám xương và Điều trị ngoại trú - Bệnh viện Việt Đức năm 2021-2022. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả trên 200 người bệnh được chẩn đoán gãy đầu dưới xương quay và điều trị bằng kéo nắn, bó bột tại khoa Khám xương và Điều trị

¹Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Văn Khoa

Email: bskhoavd@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 22.12.2023

Ngày duyệt bài: 9.01.2024