



Kết quả chăm sóc trẻ non tháng, nhẹ cân bằng phương pháp kangaroo tại khoa Nhi, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Sơn La năm 2023 - 2024

Hoàng Thị Thúy Hà¹, Vũ Thị Hồng¹, Tông Thị Thanh¹
¹Trường Cao đẳng Y tế Sơn La

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kết quả chăm sóc trẻ non tháng, nhẹ cân bằng phương pháp Kangaroo tại Khoa Nhi, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Sơn La năm 2023 – 2024 và xác định một số yếu tố liên quan đến kết quả chăm sóc trẻ bằng phương pháp Kangaroo. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, thực hiện trên 100 bố - mẹ và trẻ sơ sinh non tháng, nhẹ cân được chỉ định chăm sóc bằng phương pháp Kangaroo. **Phiếu thu thập thông tin** về các dấu hiệu thể chất, lâm sàng và kết quả điều trị được thu thập và phân tích. **Kết quả:** Khi bắt đầu chăm sóc: Cân nặng ở mức 2500 gram chiếm 56%; phản xạ bú kém chiếm 97%. Nhịp thở bất thường chiếm 88,%, phải can thiệp hô hấp là 85%. Thời gian áp dụng $22,00 \pm 1,14$ giờ/ngày; Sau áp dụng: cân nặng; chiều dài trẻ; thân nhiệt, hô hấp; phản xạ bú của trẻ đều cải thiện rõ rệt; Mẹ thực hiện phương pháp Kangaroo; số giờ cho trẻ tiếp xúc da kề da trong ngày; kỹ năng của người thực hiện liên quan đến kết quả điều trị, với $p < 0,05$. **Kết luận:** Phương pháp Kangaroo là phương pháp chăm sóc trẻ non tháng, nhẹ cân hiệu quả, an toàn; cần tăng cường áp dụng và huấn luyện kỹ năng thực hiện cho người chăm sóc trẻ.

Từ khoá: Trẻ sơ sinh non tháng, trẻ nhẹ cân, phương pháp Kangaroo.

Results of kangaroo method care for preterm infants at the Pediatric department, Son La general Hospital 2023 - 2024

Hoang Thi Thuy Ha¹, Vu Thi Hong¹, Tong Thi Thanh¹
¹Son La Medical College

ABSTRACT

Objectives: To describe the outcomes of caring for preterm and low-birth-weight infants using the Kangaroo method at the Pediatrics Department of Son La Provincial General Hospital in 2023-2024, and to identify some factors related to the outcomes of care using the Kangaroo method. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 100 parents and premature or low-birth-weight infants who were assigned to care by using the Kangaroo method. Physical signs, clinical symptoms and treatment outcomes were collected by self-completed questionnaire. **Results:** When starting care using: 56% weighed 2500 grams; 97% had poor sucking reflex. Abnormal breathing accounted for 88%, and respiratory intervention was required for 85%. Application time: 22.00 ± 1.14 hours/day; After applying: weight; length of the child; body temperature, respiration; the child's sucking reflex all improved significantly; The mother implements the Kangaroo method; the number of hours for skin-to-skin contact for the child during the day; the skills of the practitioner are related to treatment outcomes, with $p < 0.05$. **Conclusion:** The Kangaroo method is an effective and safe care approach for premature and low-birth-weight infants that needs to be reinforced and requires training for caregivers in its implementation.

Keywords: Premature infants, low birth weight infants, Kangaroo method.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên thế giới, khoảng 15% - 20% trẻ sinh ra có cân nặng thấp vì đẻ non, và suy dinh dưỡng trong thời kì bào thai. Trên 70% tử vong sơ sinh là do các nguyên nhân trên¹. Tại Việt Nam, theo điều tra các mục tiêu phát triển bền vững về trẻ em và phụ nữ Việt Nam 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 sinh². Nguy cơ suy hô hấp, bệnh màng trong, hạ thân nhiệt, nhiễm trùng và các bệnh lý trong giai đoạn chu sinh cũng rất cao ở trẻ đẻ non. Do các yếu tố nguy cơ ở trẻ đẻ non làm tăng số ngày điều trị và yêu cầu một chế độ chăm sóc đặc biệt³. Chăm sóc trẻ bằng phương pháp Kangaroo (Kangaroo Mother Care - KMC) là một biện pháp can thiệp hiệu quả trong quá trình chăm sóc trẻ đẻ non/nhẹ cân, chi phí thấp, đơn giản, dễ thực hiện, mang lại nhiều lợi ích cho cả bà mẹ và trẻ sơ sinh. Cho đến nay đã có khoảng 30 quốc gia trên thế giới áp dụng phương pháp KMC⁴. Ở Việt Nam, nhiều bệnh viện đã áp dụng biện pháp KMC và cho kết quả rất khả quan⁵.

Tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Sơn La, phương pháp KMC được áp dụng từ năm 2015. Với mong muốn đánh giá được kết quả của phương pháp kangaroo cho trẻ sơ sinh từ đó góp phần nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe cho bà mẹ và trẻ em chúng tôi thực hiện nghiên cứu “*Kết quả chăm sóc trẻ non tháng, nhẹ cân bằng phương pháp Kangaroo tại Khoa Nhi, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Sơn La năm 2023 - 2024*” với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm trẻ, kết quả chăm sóc trẻ non tháng, nhẹ cân bằng phương pháp Kangaroo tại Khoa Nhi, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Sơn La năm 2023 - 2024 và xác định một số yếu tố liên quan đến kết quả chăm sóc trẻ bằng phương pháp Kangaroo.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Đối tượng nghiên cứu: Bố - mẹ, người

chăm sóc và trẻ sơ sinh non tháng hoặc nhẹ cân được chỉ định chăm sóc KMC tại Khoa Nhi - Bệnh viện Đa khoa tỉnh Sơn La.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Về trẻ: Trẻ đẻ non dưới 37 tuần thai hoặc cân nặng khi sinh của trẻ < 2500 gram. Hỗ trợ hô hấp thở máy không xâm lấn, không tổn thương lồng ngực và tạng, không có dị dạng bẩm sinh nặng, không có tình trạng cấp cứu. Được theo dõi đầy đủ các thông tin cần thiết về cân nặng, tình trạng bú/ăn, các chỉ số sinh tồn, tình trạng bệnh lý tại thời điểm bắt đầu và trong quá trình chăm sóc bằng phương pháp Kangaroo.

- Về bố - mẹ, người chăm sóc chính: là người chăm sóc chính thực hiện phương pháp KMC. Có tinh thần ổn định, khỏe mạnh, không mắc bệnh lây nhiễm.

Tiêu chuẩn loại trừ: Trẻ còn sử dụng thuốc vận mạch, chưa nuôi ăn qua đường tiêu hóa, bị dị tật nặng.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại Khoa Nhi-Bệnh viện Đa khoa tỉnh Sơn La từ tháng 10/2023 đến tháng 6/2024. Lấy mẫu từ tháng 10 /2023 - 4/2024.

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

Cỡ mẫu: được tính theo công thức cỡ mẫu một tỷ lệ:

$$n = Z_{(1-\alpha/2)}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

n: Cỡ mẫu tối thiểu cần đạt được. p: Ước tính việc áp dụng phương pháp kangaroo cho trẻ sơ sinh tại khoa đạt hiệu quả tốt là 50%, vậy $p = 0.5 \rightarrow q = 1 - p$. d: Sai số mong muốn = 0,1. $Z_{1-\alpha/2}$: hệ số tin cậy với $\alpha = 0,05$ thì $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$. Thay vào công thức tính cỡ mẫu được cỡ mẫu tối thiểu cần chọn là 96 trẻ.

Trên thực tế cỡ mẫu trong nghiên cứu là 100 trẻ.

Bộ công cụ nghiên cứu

- Phiếu thu thập thông tin thiết kế sẵn gồm 4 phần:

Phần A: thu thập các thông tin chung về người thực hiện KMC (tuổi, trình độ, nghề nghiệp).

Phần B: Ghi nhận thông tin chung về trẻ bệnh (tuổi thai, cân nặng lúc sinh, tuổi, giới tính, chẩn đoán bệnh).

Phần C (C1-C6): ghi nhận tình trạng thể chất (chiều dài, cân nặng) theo tiêu chí của Z-score (CN/T, CC/T, CN/CC), triệu chứng lâm sàng (thân nhiệt, nhịp thở, phản xạ bú, bệnh lý kèm theo) từ khi bắt đầu KMC cho đến thời điểm kết thúc KMC.

Phần D: sử dụng bảng kiểm đánh giá kỹ năng người thực hiện KMC, gồm 10 bước (D1-D10), mỗi bước thực hành đúng đạt 01 điểm, không đúng đạt 0 điểm. Tổng điểm là 10 điểm, thực hành thành thạo khi đạt 10 điểm, chưa thành thạo khi đạt dưới 10 điểm.

Đánh giá hiệu quả của phương pháp KMC, tham khảo dựa trên Tài liệu chăm sóc trẻ bằng phương pháp Căng - Ga - Ru của Bộ Y tế, Nhà xuất Y học, Hà Nội, năm

2010⁶: Kết quả chăm sóc được đánh giá tốt khi đạt cả 7 tiêu chí: 1) Thân nhiệt ổn định sau 1 tuần. 2) Nhịp thở ổn định trong 7 ngày liên tục. 3) Phản xạ bú tốt. 4) Tăng cân 15-20 gam/kg/ngày trong 3 ngày liên tục. 5) Tăng chiều dài $\geq 0,6$ cm/tuần. 6) Không còn bệnh lý kèm theo. 7) Kỹ năng KMC của người chăm sóc thành thạo. Kết quả chăm sóc chưa tốt khi 1 trong 7 tiêu chí trên chưa đạt.

Phân tích và xử lý số liệu: Xử lý trên phần mềm SPSS 20.0.

Mô tả dưới dạng tỉ lệ phần trăm: với các biến định tính. Mô tả dưới dạng trung bình, độ lệch chuẩn, trung vị, giá trị lớn nhất, nhỏ nhất: với các biến định lượng.

So sánh các tỷ lệ: sử dụng test khi bình phương (hoặc Fisher's exact test nếu giá trị trong các ô < 5). Thuật toán có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$. So sánh hai giá trị trung bình của hai nhóm: sử dụng Independent-samples T-test. Thuật toán có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được công nhận tại Quyết định số 218/QĐ-CDYT ngày 16/8/2024 về công nhận đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở năm học 2023-2024 của Hiệu trưởng Trường Cao đẳng Y tế Sơn La.

KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng các cơ quan khi bắt đầu thực hiện KMC (n = 100)

Đặc điểm lâm sàng theo cơ quan khi bắt đầu KMC		n	%
Hô hấp	Nhịp thở bình thường (40-60 lần/phút)	12	12,0
	Nhịp thở chậm (< 40 lần/phút)	15	15,0
	Nhịp thở nhanh (≥ 60 lần/phút)	73	73,0
	Cơn ngừng thở > 20 giây	20	20,0
Tim mạch	Bình thường	81	81,0
	Chậm/ nhanh	19	19,0

Đặc điểm lâm sàng theo cơ quan khi bắt đầu KMC		n	%
Hỗ trợ can thiệp hô hấp	Thở máy không xâm nhập	16	16,0
	Thở oxy gọng hoặc oxy mask	69	69,0
	Tự thở	15	15,0
Tiêu hóa dinh dưỡng	Ăn sữa mẹ hoàn toàn	92	92,0
	Ăn sữa công thức phối hợp	8	8,0

Có 16% trẻ thở máy, 69% trẻ thở Oxy. 20% trẻ xuất hiện những cơn ngừng thở > 20 giây, trẻ thở nhanh ≥ 60 lần/phút chiếm 73%. Trẻ được ăn sữa mẹ chiếm 92%.

Bảng 2. Thời gian chăm sóc KMC (n = 100)

Đặc điểm người thực hiện KMC		n	%
Số ngày thực hiện KMC (ngày)	Dưới 14	19	19,0
	Từ 14 trở lên	81	81,0
	Trung bình (X \pm SD) (ngày)	16,462 \pm 11,28 Min: 5 ngày - Max: 45 ngày	
Thời gian tiếp xúc da kề da (giờ/ngày)	< 20	8	8,0
	≥ 20	92	92,0
	Trung bình (X \pm SD) (giờ)	22,00 \pm 1,14 Min: 16,8 giờ - Max: 22,1 giờ	

Số ngày thực hiện KMC chủ yếu từ 14 ngày trở lên chiếm 81%. Thời gian tiếp xúc da kề da trung bình giờ/ngày là 20,00 \pm 1,44.

Bảng 3. Thay đổi thể chất và biểu hiện lâm sàng trong quá trình KMC (n = 100)

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	95 (95,0)	97 (97,0)	100 (100)
	Thấp	5 (5,0)	3 (3,0)	0 (0)
Triệu chứng về hô hấp	Cơn ngừng thở > 20 giây	20 (20,0)	9 (9,0)	2 (2,0)
	Thở nhanh ≥ 60 lần/phút	12 (12,0)	8 (8,0)	2 (2,0)
Triệu chứng về tuần hoàn	Nhịp tim < 120 lần/phút	10 (10,0)	1 (1,0)	1 (1,0)
	Nhịp tim > 160 lần/phút	9 (9,0)	5 (5,0)	1 (1,0)

Thay đổi biểu hiện lâm sàng trong quá trình KMC		Ngày đầu n (%)	Sau 1 tuần n (%)	Lúc ra viện n (%)
Phản xạ bú	Phản xạ bú kém	97 (97,0)	53 (53,0)	2 (2,0)
	Phản xạ bú Tốt	3 (3,0)	47 (47,0)	98 (98,0)
Cân nặng	Giảm		23 (23,0)	1 (1,0)
	Không đổi		1 (1,0)	2 (2,0)
	Tăng		76 (76,0)	97 (97,0)
Mức độ tăng cân (gram/ kg/ngày)	Tốt, khá (≥ 18)		55 (55,0%)	
	Trung bình (15-18)		36 (36,0%)	
	Kém (< 15)		8 (8,0%)	
Chiều dài	Không đổi		5 (5,0)	0 (0)
	Tăng		95 (95,0)	100 (100)
Dinh dưỡng	Sữa mẹ hoàn toàn	92 (92,0)	95 (95,0)	98 (98,0)
	Không sữa mẹ hoàn toàn	8 (8,0)	5 (5,0)	2 (2,0)
	Đỗ thìa	11 (11,0)	13 (13,0)	0 (0,0)
	Qua sonde	76 (76,0)	95 (95,0)	0 (0,0)

Khi ra viện 100% trẻ có thân nhiệt bình thường. Tỷ lệ trẻ có cơn ngừng thở dài trên 20 giây tại ngày đầu tiên KMC là 62% và khi ra viện chỉ có 2%. Tỷ lệ trẻ thở nhanh là 12% ở ngày đầu và giảm còn 2% khi ra viện. Tỷ lệ trẻ có nhịp tim bất thường khi ra viện chỉ còn 1%. 98% các trẻ khi ra viện có phản xạ bú tốt. Tỷ lệ giảm cân của trẻ giảm dần từ 49% ở ngày đầu và ngày ra viện giảm còn 1%. 76% trẻ tăng cân trong quá trình KMC với 97% tăng cân mức khá trở lên. 100% trẻ đều có tăng chiều cao khi ra viện;

Bảng 4. Kết quả chung của trẻ được chăm sóc KMC (n = 100)

Kết quả chăm sóc KMC	n	%
Tốt	94	94,0
Chưa tốt	6	6,0

Kết quả chăm sóc KMC tốt chiếm tỉ lệ cao (chiếm 94%).

Bảng 5. Kết quả KMC theo thời gian thực hiện và người chăm sóc KMC (n = 100)

Kết quả KMC theo thời gian thực hiện và người chăm sóc KMC	Kết quả chưa tốt		Kết quả tốt		OR (95% CI)	p ^a	
	n	%	n	%			
Người thực hiện KMC	Mẹ	2	2,94	66	97,06	5,25 (1,52-13,13)	0,02
	Mẹ + khác	4	1,25	28	87,5		
Thời gian thực hiện KMC	Dưới 20 giờ/ngày	3	3,75	5	96,25	2,61 (1,52-13,13)	0,02
	Trên 20 giờ/ngày	3	3,26	89	96,73		

(a): Fisher's Exact Test

Có sự liên quan giữa người thực hiện da kề da và kết quả KMC (với OR = 2,61; p < 0,05). Có sự liên quan giữa thời gian thực hiện và kết quả KMC (với OR = 2,61; p < 0,05)

Bảng 6. Kết quả KMC và kỹ năng thực hiện KMC (n = 100)

Kỹ năng	Kết quả chưa tốt		Kết quả tốt		OR (95% CI)	p ^a
	n	%	n	%		
Chưa đạt	3	17,64	80	82,36	6,35 (1,14 - 74,88)	0,025
Đạt	3	3,61	14	96,39		

(a): Fisher's Exact Test

Có mối liên quan chặt chẽ giữa kỹ năng thực hiện KMC và kết quả KMC (với OR = 6,35; p < 0,05)

BÀN LUẬN

Đặc điểm của trẻ khi bắt đầu KMC

Đặc điểm lâm sàng các cơ quan khi bắt đầu KMC:

Về hô hấp, nhịp thở nhanh và thở chậm chiếm 88%. Trẻ phải can thiệp hô hấp là 85% (trong đó thở máy không xâm nhập là 16%), tự thở là 15%. Kết quả nghiên cứu cho thấy, khi bắt đầu KMC tỷ lệ trẻ có dấu hiệu bất thường về hô hấp chiếm tỷ lệ cao. Tuy nhiên tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Ly và cộng sự, đặc biệt là tỷ lệ trẻ thở máy không xâm

nhập⁷. Về tim mạch, kết quả cho thấy đa số bệnh trẻ có nhịp tim rối loạn (chậm /nhanh) với tỷ lệ lần lượt là 10% và 9%. Đặc điểm này tương đồng với nghiên cứu của Đặng Thị Bích Thảo và cộng sự⁸.

Kết quả chăm sóc trẻ bằng phương pháp KMC

Thời gian thực hiện KMC cho trẻ tại viện: Thời gian thực hiện KMC trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 14,62 ± 11,28 ngày. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Đặng Thị Bích Thảo và cộng sự⁸.

Số giờ thực hành KMC hàng ngày: Thời gian tiếp xúc da kề da trong ngày trong nghiên cứu của chúng tôi trung bình là $22,00 \pm 1,14$ giờ/ngày. Kết quả này tương đồng nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hồng Như Phương, tác giả Nguyễn Thị Phương Ly (23 giờ/ngày và 23,1/ngày) ^{7,9}. Có thể thấy việc thực hiện thời gian tiếp xúc da kề da trong ngày của người chăm sóc KMC khá tốt. Điều này sẽ góp phần quyết định đến kết quả điều trị của trẻ.

Khi đánh giá kết quả chăm sóc trẻ bằng phương pháp KMC, chúng tôi đánh giá kết quả của sự thay đổi về thể chất (cân nặng, chiều dài cơ thể) và một số chỉ số lâm sàng quan trọng như thân nhiệt, hô hấp, tuần hoàn, phản xạ bú và dinh dưỡng của trẻ trước khi thực hiện và khi kết thúc KMC và ra viện. Nhìn chung kết quả cho thấy các chỉ số đều có sự thay đổi rõ rệt theo hướng tích cực, cụ thể:

Thân nhiệt: Khi bắt đầu thực hiện KMC 95% trẻ có thân nhiệt bình thường, có 5 trường hợp hạ thân nhiệt ($< 36^{\circ}\text{C}$) chiếm 5%, khi kết thúc quá trình KMC tại viện 100% trẻ có thân nhiệt ổn định, đạt mục tiêu của chăm sóc KMC. Kết quả của chúng tôi đồng nhất với kết quả của Đặng Thị Mỹ Tánh, Nguyễn Thị Phương Ly ^{5,7}. Điều này chỉ ra rằng, KMC là phương pháp giúp trẻ ổn định thân nhiệt rất hiệu quả.

Hô hấp, tim mạch: Khi bắt đầu thực hiện KMC tỷ lệ trẻ có cơn ngừng thở 20%, tỉ lệ trẻ có cơn ngừng thở giảm dần theo thời gian thực hiện KMC, đến thời điểm xuất viện chỉ còn 2,0% trẻ có cơn ngừng thở và từ 19% có rối loạn tuần hoàn, khi ra viện còn 2%. Nghiên cứu chúng tôi cho thấy trẻ có cải thiện rõ rệt về tình trạng hô hấp và tuần hoàn. Kết quả này đồng nhất với nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Ly ⁷ và tốt hơn so với kết quả của tác giả Đinh Thị

Mỹ Tánh, vẫn có 14,3% trẻ có cơn ngừng thở sau khi thực hiện KMC ⁵. 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 ¹⁰.

Phản xạ bú: Kết quả nghiên cứu cho thấy, phản xạ bú của trẻ cải thiện rõ, từ chỉ có 3% trẻ bú tốt lúc mới vào viện tăng lên 98% khi ra viện. Tuy nhiên kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Đặng Thị Bích Thảo (100% có phản xạ bú tốt khi ra viện) ⁸. Có thể do trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số người thực hiện KMC là các bà mẹ nên vị trí Kangaroo đặt con nằm giữa hai bầu vú mẹ thuận lợi cho trẻ nhận ra vú mẹ, ngửi thấy mùi sữa mẹ và có thể bú sớm hơn ngay sau khi đẻ, bú dễ dàng, tiêu hoá tốt và nhiều lần hơn.

Dinh dưỡng: Trong nghiên cứu của chúng tôi, 92% trẻ được ăn bằng sữa mẹ. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hồng Như Phương (88,2%) ⁹.

Cân nặng và chiều dài của trẻ: Trong nghiên cứu của chúng tôi khi trẻ được chăm sóc bằng phương pháp KMC có mức độ tăng cân tốt, khá (> 18 gram/kg/ngày) (55%), tiếp đến trung bình (15-18 gram/kg/ngày) (36,3%), tăng cân kém (< 15 gram/kg/ngày) (8%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả Đặng Thị Mỹ Tánh (tỉ lệ này lần lượt là 64,3%, 25%, và 10,7%) ⁵. Có thể do sự thay đổi tích cực về phản xạ bú của trẻ nói trên và trẻ được bú sữa mẹ sớm, đầy đủ giúp trẻ tăng cân nhanh. Hầu hết trẻ trong nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ tăng chiều dài cơ thể tốt ($\geq 0,6\text{cm/tuần}$) chiếm 86%. Kết quả này tương đương với tác giả Đặng Thị Mỹ Tánh, tỉ lệ đạt tăng chiều dài tốt chiếm 83,9% ⁵.

Nói chung 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, cải thiện gần như hoàn toàn các triệu chứng bất thường khi nhập viện như ngừng thở, thở nhanh, tim nhanh, bú kém. Vì vậy, chăm sóc trẻ trẻ đẻ non nhẹ cân bằng phương pháp KMC là sự chăm sóc mang đầy tính nhân văn, bảo đảm một sự khởi đầu cuộc sống toàn diện và tốt nhất cho trẻ.

Một số yếu tố liên quan đến kết quả KMC: Kết quả nghiên cứu chúng tôi cho thấy, những trẻ được mẹ chăm sóc KMC hoàn toàn có kết quả tốt hơn gấp 5,52 lần những trẻ được mẹ và người khác KMC. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Điều này có thể được giải thích do khi mẹ chăm sóc hoàn toàn thì thời gian con tiếp xúc với mẹ nhiều hơn tạo thuận lợi cho việc tiếp cận bầu sữa mẹ và giảm việc thay đổi thân nhiệt của trẻ khi thay thường xuyên người chăm sóc. Có mối liên quan giữa số giờ cho trẻ tiếp xúc da kề da trong ngày với tỷ lệ bà mẹ thực hiện đạt các bước chăm sóc trẻ bằng phương pháp KMC. Thời gian thực hiện da kề da trên 20 giờ/ngày có tỉ lệ kết quả KMC tốt (98,9%) cao hơn so với nhóm thực hiện da kề da dưới 20 giờ/ngày (62,5%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tác giả Nguyễn Thị Phương Ly và cộng sự cũng chỉ ra, có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thời gian thực hiện KMC, mẹ là người thực hiện KMC với kết quả chăm sóc trẻ bằng phương pháp Kangaroo, với $p < 0,05$ ⁷.

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy Người chăm sóc KMC có kỹ năng chưa đạt có kết quả KMC chưa tốt gấp 6,35 lần người chăm sóc KMC đạt. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả

này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Phương Ly và cộng sự, nhóm tác giả cũng chỉ ra người chăm sóc KMC thành thạo mang lại kết quả tốt gấp 9,25 lần những người còn lại ⁷. Theo Đặng Thị Bích Thảo và cộng sự, yếu tố làm cho kết quả KMC tốt đều từ phía người thực hiện KMC, đó là: mẹ là người thực hiện KMC và có kỹ năng KMC tốt (OR = 21,91; OR = 9,26; $p < 0,05$) ⁸.

Qua kết quả nghiên cứu này cho thấy vai trò to lớn của người mẹ khi dành thời gian hoàn toàn để thực hiện KMC. Người 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. Ngoài ra, để góp phần nâng cao hiệu quả chăm sóc khi thực hiện KMC việc đào tạo kỹ năng KMC thành thạo cho người chăm sóc là vô cùng quan trọng.

KẾT LUẬN

Khi bắt đầu thực hiện KMC 95% trẻ có thân nhiệt bình thường, có 5 trường hợp hạ thân nhiệt ($< 36^{\circ}\text{C}$) chiếm 5%, khi kết thúc quá trình KMC tại viện 100% trẻ có thân nhiệt ổn định. Hô hấp, tim mạch: Khi bắt đầu thực hiện KMC tỷ lệ trẻ có cơn ngừng thở và rối loạn tuần hoàn là 20% và 19%, đến thời điểm xuất viện chỉ còn 2,0% trẻ có cơn ngừng thở và rối loạn tuần hoàn. Phản xạ bú: Kết quả nghiên cứu cho thấy, phản xạ bú của trẻ cải thiện rõ, từ chỉ có 3% trẻ bú tốt lúc mới vào viện tăng lên 98% khi ra viện. Cân nặng và chiều dài của trẻ: mức độ tăng cân tốt, khá (> 18 gram/kg/ngày) (55,%), tiếp đến trung bình (15-18 gram/kg/ngày) (36,3%), tăng cân kém (< 15 gram/kg/ngày) (8%); tỉ lệ tăng chiều dài cơ thể tốt ($\geq 0,6\text{cm/tuần}$) chiếm 86%.

Có mối liên quan giữa mẹ thực hiện KMC hoàn toàn, thời gian tiếp xúc da kề

da trong ngày và kỹ năng thực hiện KMC thành thạo với kết quả KMC (OR: 5,52; 2,61; 6,35 và $p < 0,05$), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

KHUYẾN NGHỊ

Cần tiến hành thực hiện phương pháp Kangaroo cho tất cả trẻ đẻ non, đặc biệt những trẻ sơ sinh có cân nặng thấp để nâng cao hiệu quả chăm sóc toàn diện.

Tăng cường hướng dẫn người chăm sóc trẻ thực hiện kỹ năng KMC một cách tỉ mỉ để giúp người chăm sóc trẻ thực hành thành thạo nhằm nâng cao hiệu quả tối đa của phương pháp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Abdulghani, N., Edvardsson, K., & Amir, L. H. Worldwide prevalence of mother-infant skin-to-skin contact after vaginal birth: A systematic review. 2018. PloS one, 13(10), e0205696. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0205696>

2. Phạm Diệp Thùy Dương. Chăm sóc trẻ sơ đẻ non tháng và nhẹ cân. Sách giáo khoa Nhi khoa. In: NXB Y học, Hà Nội. 2016:192-197.

3. Liu, L., Oza, S., Hogan, D., et al. Global, regional, and national causes of child mortality in 2000-13, with projections to inform post-2015 priorities: an updated systematic analysis. Lancet (London, England). 2015; 385(9966), 430-440. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61698-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61698-6)

4. Boundy, E. O., Dastjerdi, R., Spiegelman, D., et al. Kangaroo Mother Care and Neonatal Outcomes: A Meta-analysis. Pediatrics. 2016; 137(1), e20152238. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-2238>

5. Đặng Thị Mỹ Tánh, Lương Thị Ánh Thùy. Đánh giá hiệu quả chăm sóc trẻ đẻ non nhẹ cân bằng phương pháp Căng - Ga - Ru tại khoa Sơ sinh, bệnh viện Nhi Đồng 2. Tạp chí Điều dưỡng Việt Nam. 2015; 8, 9-16.

6. Bộ Y tế. Tài liệu chăm sóc trẻ bằng phương pháp Căng - Ga - Ru. In: NXB Y học, Hà Nội. 2010.

7. Nguyễn Thị Phương Ly. Kết quả chăm sóc trẻ đẻ non bằng phương pháp Kangaroo tại Bệnh viện Nhi Trung Ương năm 2023 [Luận văn Thạc sĩ Điều dưỡng]. Trường Đại học Thăng Long. 2023.

8. Đặng Thị Bích Thảo, Hoàng Thị Thanh. Kết quả chăm sóc toàn diện trẻ sinh non, nhẹ cân bằng phương pháp Kangaroo tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City. Tạp chí khoa học Điều dưỡng. 2020. 3(5):208-215.

9. Nguyễn Hồng Như Phượng. 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.

10. 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.