



BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG
National Hospital of Obstetrics and Gynecology



Chăm sóc sơ sinh thiết yếu sớm sau mổ đẻ

BS Trần Thị Hoàng

Hà Nội, 5/2018

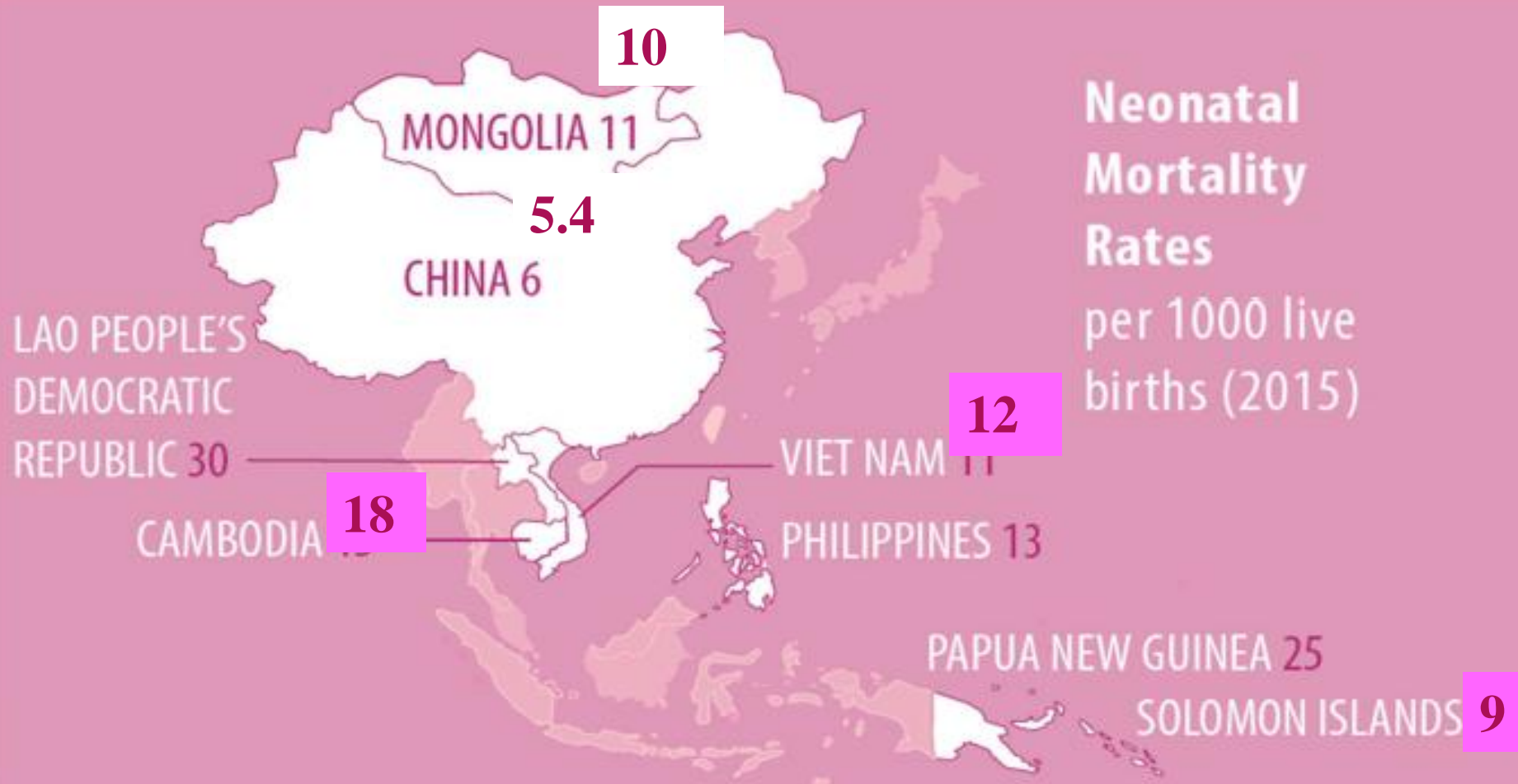


Nội dung trình bày

- Tử vong sơ sinh
- Chương trình chăm sóc sơ sinh thiết yếu sớm
- Bằng chứng khoa học
- Thực hiện tại Đà Nẵng
- Thách thức và hành động của chúng ta



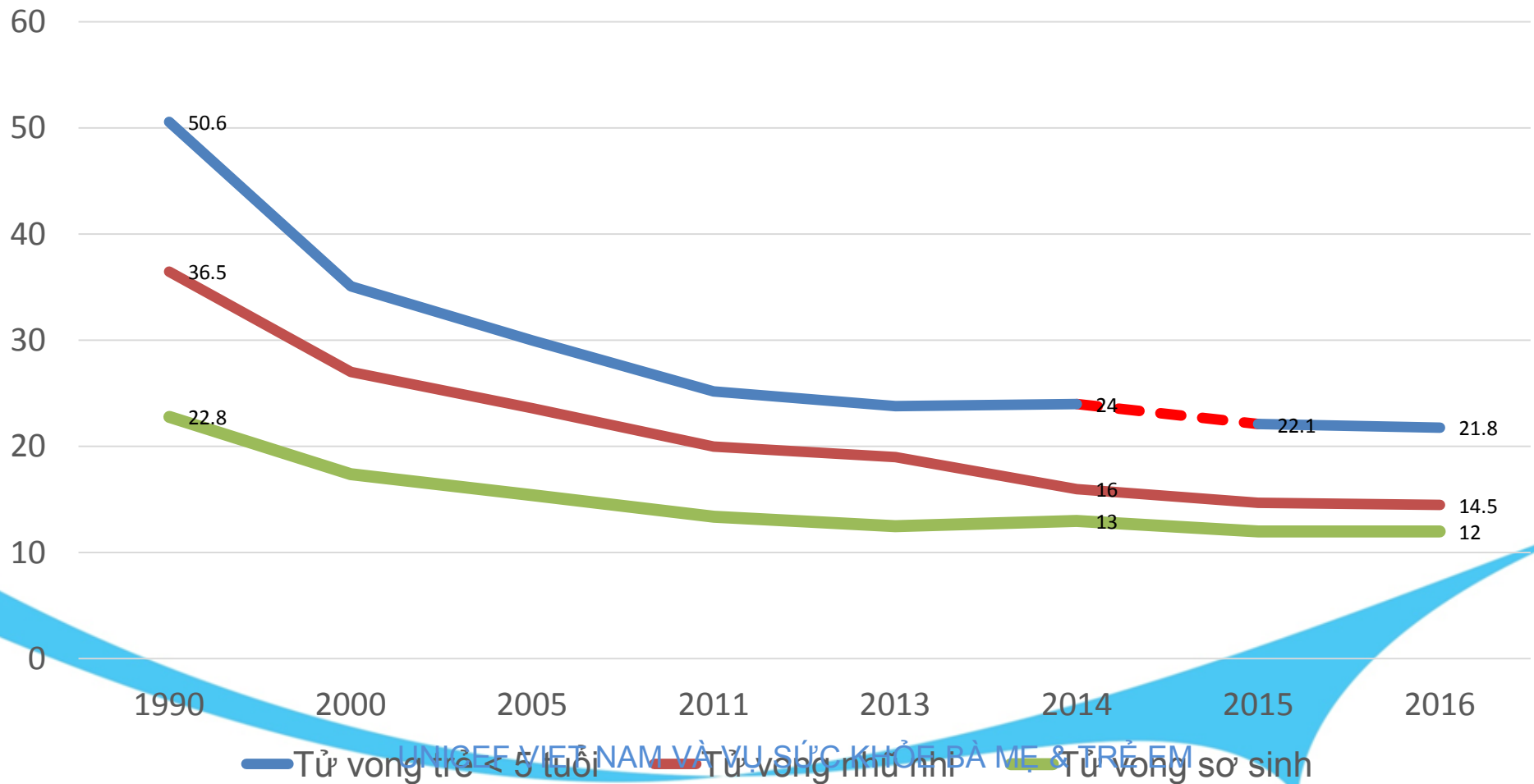
8 quốc gia chiếm 96% tử vong sơ sinh của khu vực Tây Thái Bình Dương





Tử vong trẻ <5 tuổi tại Việt Nam

MDG ON TRACK!
BUT STAGNANT REDUCTION IN NEONATAL MORTALITY





Tử vong sơ sinh



Source: *Special Tabulation of Demographic and Health Survey in 43 countries (2005-2011)*. Geneva, WHO, 2012.



Chăm sóc sơ sinh thiết yếu sớm

PACKAGE
OF SIMPLE,
COST-EFFECTIVE
INTERVENTIONS

FOR ALL
HEALTHY, PRETERM,
LOW-BIRTH-WEIGHT
AND SICK
NEWBORNS

IMPROVES
QUALITY OF CARE
DURING AND
AFTER BIRTH



50 000+ NEONATAL DEATHS
CAN BE PREVENTED EACH YEAR THROUGH
EARLY ESSENTIAL NEWBORN CARE

THE KEY INTERVENTIONS OF EENC



Intrapartum
care



Immediate and
thorough drying



Immediate
skin-to-skin
contact



Appropriately timed
clamping and cutting
of the cord



Exclusive
breastfeeding



Kangaroo
Mother Care



Treatment of
infections

Chăm sóc cho bà mẹ
trước & trong lúc
sinh

Cái ôm đầu tiên
cho tất cả trẻ sơ
sinh

Chăm sóc
kangaroo

Điều trị
nhiễm trùng



Điều trị trước sinh cải thiện tiên lượng cho trẻ sinh non

WHO khuyến cáo: Corticoid trước sinh cho phụ nữ mang thai 24-34 tuần nếu tiên lượng sinh trong vòng 7 ngày tới.

- **Giảm tử vong chu sinh** (risk ratio 0.72, 95% CI 0.58 - 0.89; n= 6729; số nghiên cứu= 15);
- **Giảm tử vong sơ sinh** (RR 0.69, 95% CI 0.59 to 0.81; n= 7188; số n/cứu= 22),
- **Giảm bệnh màng trong** (RR 0.66, 95% CI 0.56 to 0.77; n= 7764; nc= 28); **bệnh màng trong vừa/nặng** (RR 0.59, 95% CI 0.38-0.91; n= 1686; nc= 6); **thở máy** (RR 0.68, 95% CI 0.56 to 0.84; n= 1368; nc= 9)
- **Giảm xuất huyết não** (RR 0.55, 95% CI 0.40 to 0.76; n= 6093; nc= 16),
- **Giảm NEC** (RR 0.50, 95% CI 0.32 to 0.78; n= 4702; nc= 10)
- **Giảm nhiễm trùng trong vòng 48 giờ tuổi** (RR 0.60, 95% CI 0.41 to 0.88; n= 1753; nc= 8).

Roberts, D. và cs (2017). "Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth." [Cochrane Database of Systematic Reviews 2017\(3\)](#).



Điều trị trước sinh cải thiện tiên lượng cho trẻ sinh non

- Cho magnesium sulfate đối với phụ nữ có nguy cơ sinh non dưới 32 tuần để phòng ngừa bại não ở trẻ (RR 0.68, 95% CI 0.54-0.87, 4601 trẻ, 5 nghiên cứu)

Doyle, L. W., C. A. Crowther, & cs (2009). "Magnesium sulphate for women at risk of preterm birth for neuroprotection of the fetus." [Cochrane database of systematic reviews \(Online\)\(1\): CD004661.](#)



Chăm sóc sản phụ trong chuyển dạ và sinh

Có người thân đi cùng trong suốt quá trình chuyển dạ giúp cải thiện kết quả sinh.

- Thời gian chuyển dạ giảm 0.69 giờ (13 nc , n= 5429, 95% CI 0.34–1.04 giờ) Moderate-certainty evidence
- Giảm tỷ lệ mổ đẻ (24 nc, n=15 347, RR 0.75,95% CI 0.64–0.88) Low-certainty evidence
- Giảm số trẻ có điểm Apgar thấp lúc 5 phút (14 nc, n=12 615 babies, RR 0.62, 95% CI 0.46–0.85).

WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience 2018



Chăm sóc thiết yếu cho tất cả trẻ sơ sinh Cái ôm đầu tiên cho trẻ mổ đẻ



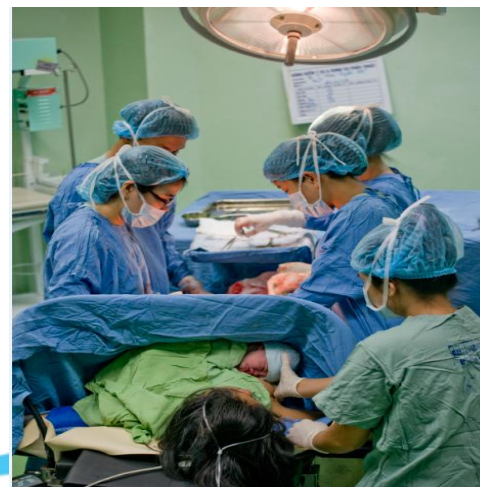
Lau khô



Bú sữa mẹ hoàn toàn



Kẹp cắt rốn muộn



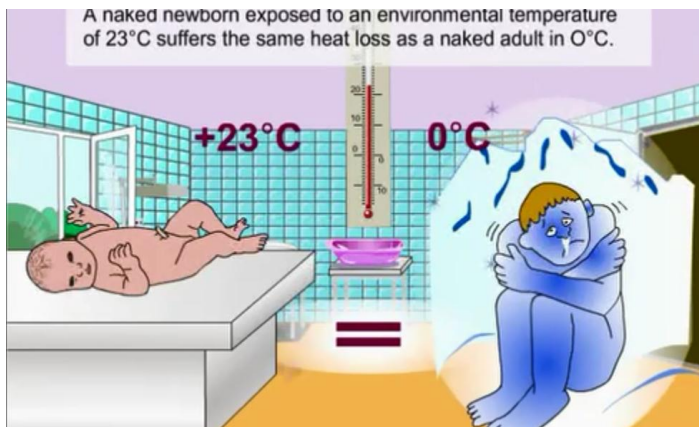
Da kê da



1

Lau khô

- Trong vòng 5 giây sau sinh
- Lau kỹ lưỡng theo trình tự trong vòng 30 giây
- Vừa lau vừa đánh giá trẻ
- Trên 95% trẻ thở bình thường sau sinh



Lau mắt, mặt, đầu, ngực, bụng, tay, chân, lưng, mông, cơ quan sinh dục...



Hạ thân nhiệt làm tăng nguy cơ tử vong

- Tổng hợp 6 nghiên cứu từ các quốc gia đang phát triển, hạ thân nhiệt tăng nguy cơ tử vong sơ sinh lên gấp 2-6 lần

Mullany LC. Neonatal Hypothermia in Low-Resource Settings. *Seminars in Perinatology* 2010;**34**(6):426-3

- Nghiên cứu 5277 trẻ <1500 gam tại 15 NICU của Mỹ: Mỗi 1 độ C hạ thân nhiệt tăng nguy cơ tử vong 28%, tăng nguy cơ nhiễm trùng bệnh viện 11%

Laptook AR et al. Admission temperature of low birth weight infants: predictors and associated morbidities. *Pediatrics*. 2007 Mar;**119**(3):e643–9.

- NC trên 5697 trẻ từ 22 đến 31 tuần tuổi thai tại 11 nước châu Âu , 53.4% có nhiệt độ lúc nhập viện < 36.5C, và 12.9% <35.5C. Nhiệt độ <35.5C tăng nguy cơ tử vong sơ sinh 1-6 ngày, (risk ratio 2.41; 95% CI 1.45-4.00), và 7-28 ngày (risk ratio 1.79; 1.15-2.78)

Wilson, E. et al (2016). "Admission Hypothermia in Very Preterm Infants and Neonatal Mortality and Morbidity." *J Pediatr* **175**: 61-67.e64.



2

Kẹp cắt rốn muộn



Bắt mạch rốn, chờ mạch rốn ngừng đập, kẹp rốn tại vị trí 2 cm bằng kẹp rốn nhựa, kẹp rốn bằng kocher tại vị trí 5 cm. Cắt rốn giữa 2 vị trí kẹp, gàn kẹp rốn nhựa



Lợi ích kẹp cắt rốn muộn ở trẻ đủ tháng

Nghiên cứu tổng hợp 15 nghiên cứu với 3911 bà mẹ và trẻ sơ sinh

- Haemoglobin: tại thời điểm 24 - 48 giờ thấp hơn ở trẻ kẹp rốn sớm (MD -1.49 g/dL, 95% CI -1.78 -1.21; 884 trẻ).
- Cải thiện dự trữ sắt: trẻ kẹp rốn muộn có dự trữ sắt nhiều gấp đôi tại thời điểm 3-6 tháng (RR 2.65 95% CI 1.04-6.73, 5 nghiên cứu, 1152 trẻ).
- Chiều dài: ít nhu cầu hơn ở trẻ kẹp rốn sớm (RR 0.62, 95% CI 0.41 to 0.96, 7 nc, 2324 trẻ).
- Không khác biệt về tỉ lệ tử vong
- Không tăng nguy cơ chảy máu mẹ

McDonald, S. J., P. Middleton, T. Dowswell and P. S. Morris (2013). "Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes." The Cochrane database of systematic reviews 7: CD004074.



Lợi ích của kẹp cắt rốn muộn ở trẻ sinh non

Nghiên cứu tổng hợp của 15 nghiên cứu 738 trẻ 24 -36 tuần

- Trẻ được kẹp rốn muộn giảm nguy cơ truyền máu (RR 0.61, 95%CI 0.46 - 0.81, 7 nc, 392 trẻ)
- Giảm nguy cơ xuất huyết não (RR 0.59, 95% CI 0.41 - 0.85, 10 nc, 539 trẻ)
- Giảm nguy cơ NEC (RR 0.62, 95% CI 0.43 - 0.90, 5 nc, 241 trẻ,)

Rabe, H., J. L. Diaz-Rossello, L. Duley and T. Dowswell (2012). "Effect of timing of umbilical cord clamping and other strategies to influence placental transfusion at preterm birth on maternal and infant outcomes." [Cochrane database of systematic reviews \(Online\) 8.](#)



Lợi ích của kẹp cắt rốn muộn ở trẻ sinh non

18 RCTs so sánh kẹp rốn muộn và sớm ở 2834 trẻ non tháng

- Kẹp cắt rốn muộn giúp giảm tử vong sơ sinh (RR 0.69, 95% CI 0.52 -0.91).
- Ba NC trên 996 trẻ ≤ 28 tuần, kẹp rốn muộn giảm tử vong (RR 0.70, 95%CI 0.51 -0.95; NNT 20, 95% CI 11 -100).
- Kẹp rốn muộn tăng haematocrit 2.73% (95% CI 1.94 -3.52) và giảm tỉ lệ trẻ cần truyền máu khoảng 10% (95% CI 6 -13%).

Fogarty, M., D. A. Osborn, L. Askie, A. L. Seidler, K. Hunter, K. Lui, J. Simes and W. Tarnow-Mordi (2018). "Delayed vs early umbilical cord clamping for preterm infants: a systematic review and meta-analysis." Am J Obstet Gynecol **218**(1): 1-18.



3

Da kề da

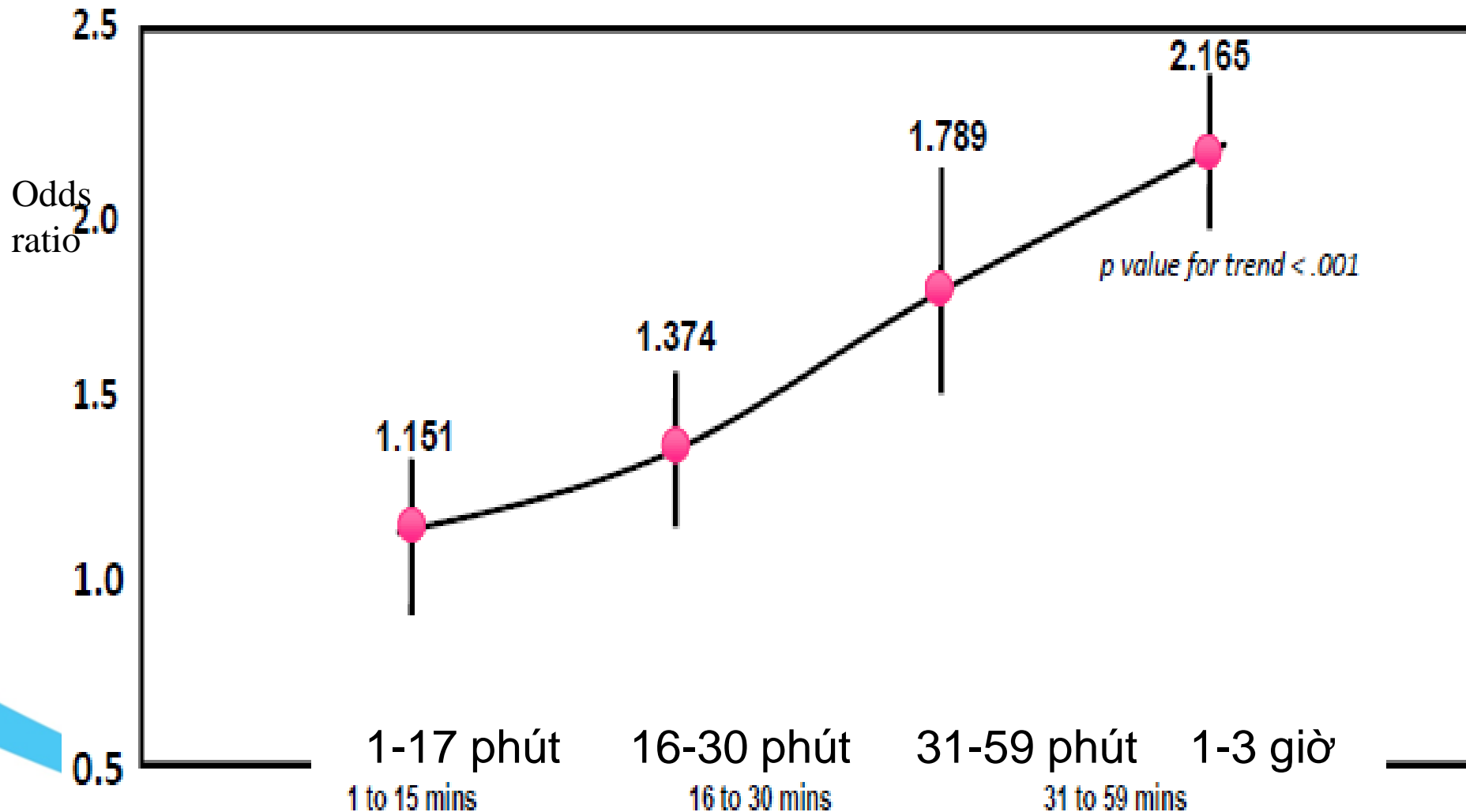
Khuyến cáo của WHO: Da kề da liên tục trong vòng 90 phút sau sinh. Da kề da ngay sau khi lau khô đối với trẻ sinh thường, sau khi kẹp cắt rốn muộn đối với trẻ sinh mổ

- Phòng ngừa hạ thân nhiệt
- Bú mẹ sớm
- Kích thích miễn dịch
- Tiếp xúc với vi trùng có lợi
- Phòng hạ đường máu
- Gắn kết mẹ con
- Có lợi cho sự phát triển của não bộ





Thời gian da kề da và bú mẹ hoàn toàn



Bramson, L., J. W. Lee, E. Moore, S. Montgomery, K. Bahjri and C. L. Melcher (2010). "Effect of early skin-to-skin mother-infant contact during the first 3 hours following birth on exclusive breastfeeding during the maternity hospital stay." Journal of human lactation : official journal of International Lactation Consultant Association **26**(2): 130-137.



Lợi ích của da kề da

Nghiên cứu tổng hợp 38 nghiên cứu trên 3472 cặp mẹ con trẻ khỏe, đủ tháng và non tháng muộn. Nghiên cứu tại 21 quốc gia, trong đó có 8 nghiên cứu da kề da sau mổ đẻ:

- Cho trẻ bú mẹ lâu hơn 64 ngày (95% CI 38-90 ngày- 6 nc, n=264)
- Bú cử đầu tiên thành công cao hơn (RR 1.32, 95% CI 1.04 -1.67)
- Bú mẹ hiệu quả hơn với điểm hiệu quả (Infant Breastfeeding Assessment Tool score) cao hơn 2.28 điểm (95% CI 1.41-3.15)
- Trẻ ổn định hô hấp tuần hoàn tốt hơn (MD 1.24, 95% CI 0.76 - 1.72)
- Trẻ có đường máu cao hơn (MD 10.49, 95% CI 8.39 -12.59)
- Nhiệt độ khác biệt nhẹ (MD 0.30 °, 95% CI 0.13 °C-0.47 °C);

Moore, E. R., N. Bergman, G. C. Anderson and N. Medley (2016). "Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants." [Cochrane Database of Systematic Reviews 2016\(11\)](#).



Da kề da sau mổ đẻ

- Nghiên cứu về “Nguy cơ và lợi ích của da kề da sau mổ đẻ” giảm nhập viện, giảm nhiễm trùng sơ sinh, không tăng nhiễm trùng vết mổ, .
 - 285 (44%) cặp mẹ con nhóm da kề da (SSC) và 365 (56%) nhóm không SSC. Giảm số trẻ nhập viện ở nhóm SSC (9.5% versus 18%; RR 0.58; 95%CI 0.41–0.80) và giảm số trẻ được chẩn đoán nhiễm trùng (2.0% vs 7.3%; RR 0.40; 95%CI 0.19–0.83).
 - Không có sự khác biệt về nhiễm trùng vết mổ (2.1% vs 1.6%; RR 1.1; 95%CI 0.64–2.0), hoặc các kết quả khác phía mẹ.

Posthuma, S., (2017) "Risks and benefits of the skin-to-skin cesarean section—a retrospective cohort study." Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine 30(2): 159-163.



Da kề da sau mổ đẻ

- Nghiên cứu tại 1 bv USA, mổ đẻ không cấp cứu từ tuần 37 đến 42 từ năm 2011 đến 2015: 2 năm trước khi thực hiện da kề da (2011–2012) và 3 năm sau khi thực hiện da kề da (2013–2015).

- 60 (5.6%) của 1,070 trẻ đã nhập vào đơn vị Hồi sức tích cực sơ sinh trước khi thực hiện da kề da so với chỉ 31 (1.75%) của 1,771 sau khi thực hiện (Pearson's $\chi^2 = 32.004$, $df = 1$, $p < .001$)

Schneider, L. W., J. T. Crenshaw and R. E. Gilder (2017). "Influence of Immediate Skin-to-Skin Contact During Cesarean Surgery on Rate of Transfer of Newborns to NICU for Observation." Nurs Womens Health **21**(1): 28-33.

- Nghiên cứu trên 90 cặp mẹ con, **chỉ số stress thấp hơn và có nồng độ oxytocin cao hơn** ở bà mẹ có trẻ được làm da kề da ngay sau sinh và bú mẹ

Yuksel, B., (2016) "Immediate breastfeeding and skin-to-skin contact during cesarean section decreases maternal oxidative stress, a prospective randomized case-controlled study." Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine **29**(16): 2691-2696.



Da kề da sau mổ đẻ

Nghiên cứu tại BV Castelli ở Italy trong năm 2012 trên 252 sản phụ mổ đẻ; chia thành 3 nhóm: trẻ sinh ra được thực hiện da kề da với mẹ (n=145, 57.5%), da kề da với bố (n=44, 17.5%), và không được làm da kề da (n=63, 25%). Tỷ lệ bú sữa mẹ hoàn toàn tại thời điểm ra viện, 3 tháng, 6 tháng đều cao hơn ở nhóm được thực hiện da kề da với mẹ.

Guala, A., L. Boscardini, and E. Finale (2017). "Skin-to-Skin Contact in Cesarean Birth and Duration of Breastfeeding: A Cohort Study." [ScientificWorldJournal 2017: 1940756.](#)

Groups [†]	T0			3M			6M		
	n/tot	%	95% CI	n/tot	%	95% CI	n/tot	%	95% CI
M	95/145	65	(57–73)	79/145	55	(46–63)	18/145	12	(7.5–19)
F	16/44	36	(22–52)	14/44	32	(19–48)	4/44	9	(2.5–22)
NM_NF	20/63	32	(21–45)	19/63	30	(19–43)	2/63	3	(0.4–11)
Overall p Chi2		<0.0001			0.0009			0.1129	
p for trend Chi2		<0.0001			0.0004			0.0383	
<i>Difference between proportions (%)</i>									
Contrasts	p^{\ddagger}	95% CI diff		p^{\ddagger}	95% CI diff		p^{\ddagger}	95% CI diff	
M versus F	0.0006	(13–45)		0.0084	(6.7–39)		0.547	(6.7–13)	
M versus NM_NF	<0.0001	(20–48)		0.001	(10–38)		0.0378	(2.3–16)	

[†]M: SSC mother; F: SSC father; NM_NF: no SSC; [‡] p values uncorrected for multiple comparisons; T0: discharge; 3M: 3 months; 6M: 6 months.



Lợi ích của phương pháp chăm sóc bà mẹ kangaroo cho trẻ non tháng nhẹ cân

Tổng hợp 124 nghiên cứu (63 RCTs)

Nhóm được thực hiện KMC so sánh với không KMC:

- 36% giảm tỉ lệ tử vong (95% CI: 11-54%)
- 47% giảm nhiễm trùng huyết (95% CI: 17-66%)
- 78% giảm hạ thân nhiệt (95% CI: 59-88%)
- 88% giảm hạ đường máu (95% CI: 68-95%)
- 58% giảm tái nhập viện (95% CI: 24-77%)
- 50% tăng tỉ lệ bú sữa mẹ (95% CI: 26-78%)

Boundy EO et al. Kangaroo Mother Care and Neonatal Outcomes: A Meta-analysis. Pediatrics 2016;137: e2 0152238



4

Bú mẹ sớm

Không cách ly mẹ con để trẻ được bú sớm

Chăm sóc mắt, cân đo, thăm khám, tiêm chích vaccine, Vitamin K1 nên được thực hiện sau cử bú mẹ đầu tiên hoàn tất và da kề da liên tục ít nhất được 90 phút

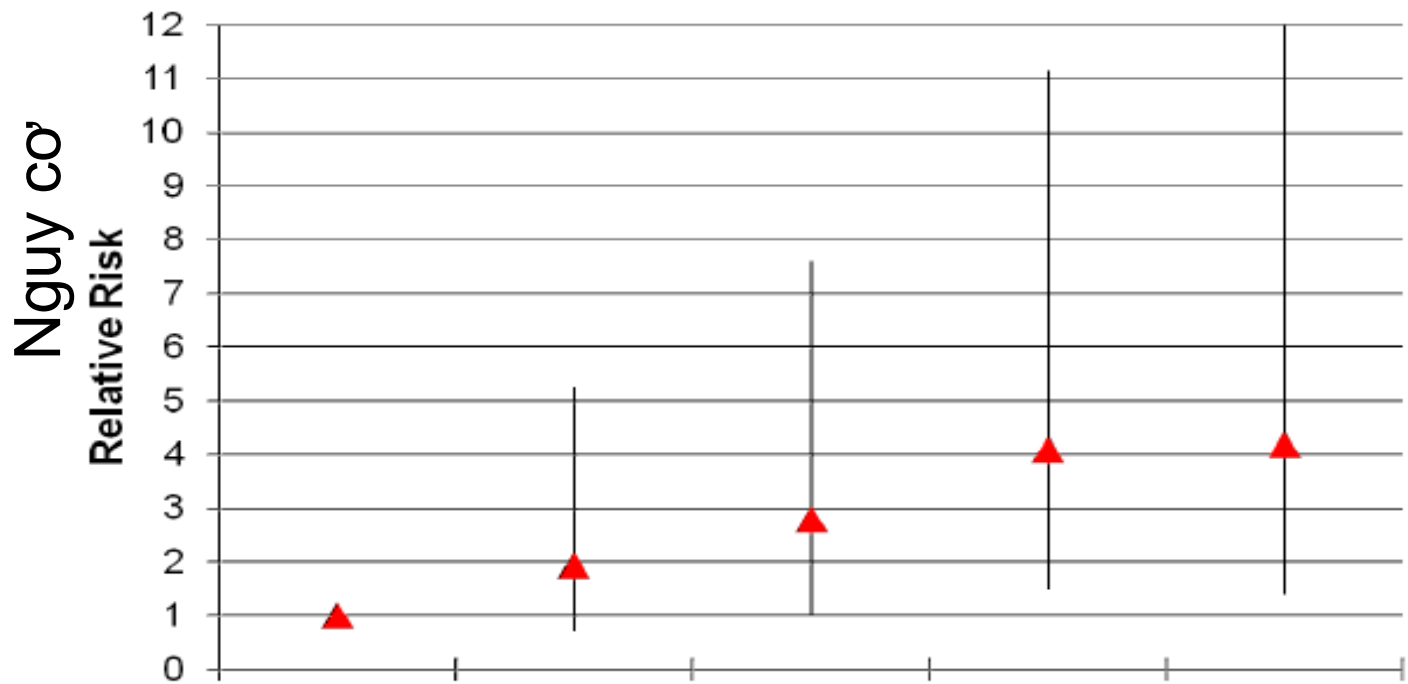




Tại sao bú mẹ sớm lại quan trọng

Trì hoãn việc bú mẹ sớm làm tăng nguy cơ tử vong do nhiễm trùng

Nepal 2008, N = 22, 838 trẻ bú mẹ



Số giờ sau sinh

Mullany LC, et al. *JNutr*, 2008; 138(3):599-603.



Lợi ích của nuôi con bằng sữa mẹ

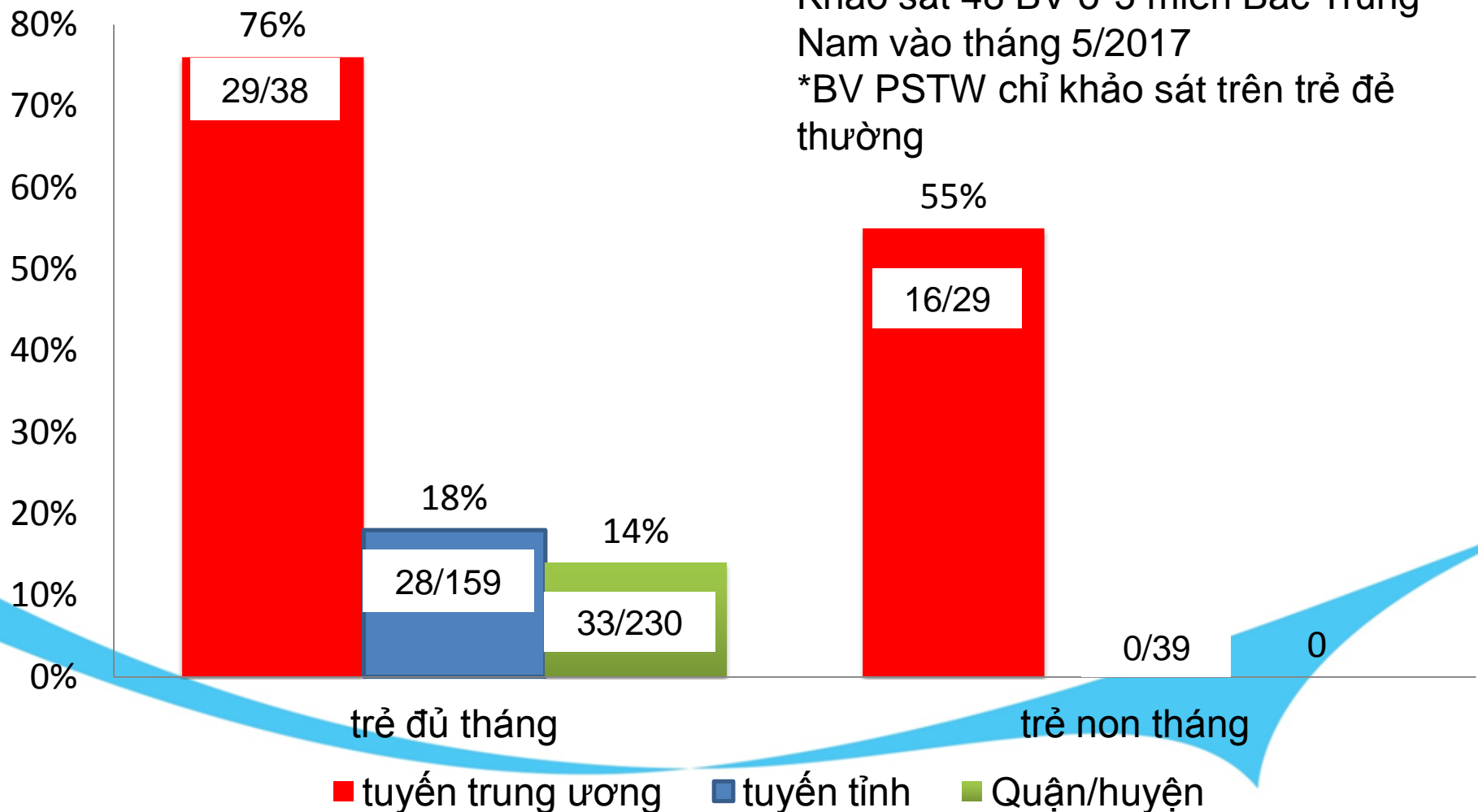
- Trẻ không bú sữa mẹ trong 6 tháng đầu tăng nguy cơ tử vong 14 lần, bú sữa mẹ một phần tăng 3-4 lần. Trẻ 12-23 tháng tuổi không bú sữa mẹ tăng nguy cơ tử vong 2 lần (Sankar, Sinha et al. 2015).
- Bú sữa mẹ giảm tỉ lệ đái tháo đường tip 2, giảm tỉ lệ thừa cân béo phì 13% (Horta, Loret De Mola et al. 2015)
- Trẻ bú sữa mẹ có chỉ số thông minh cao hơn trẻ không bú sữa mẹ (Horta, Loret De Mola et al. 2015).
- Tại Việt Nam 1 USD đầu tư vào thúc đẩy nuôi con bằng sữa mẹ thì thu về 2.39 USD lợi ích (Walters, Horton et al. 2016)



Tỉ lệ trẻ thở được sau khi sinh được thực hiện da kề da ít nhất 90 phút Việt Nam

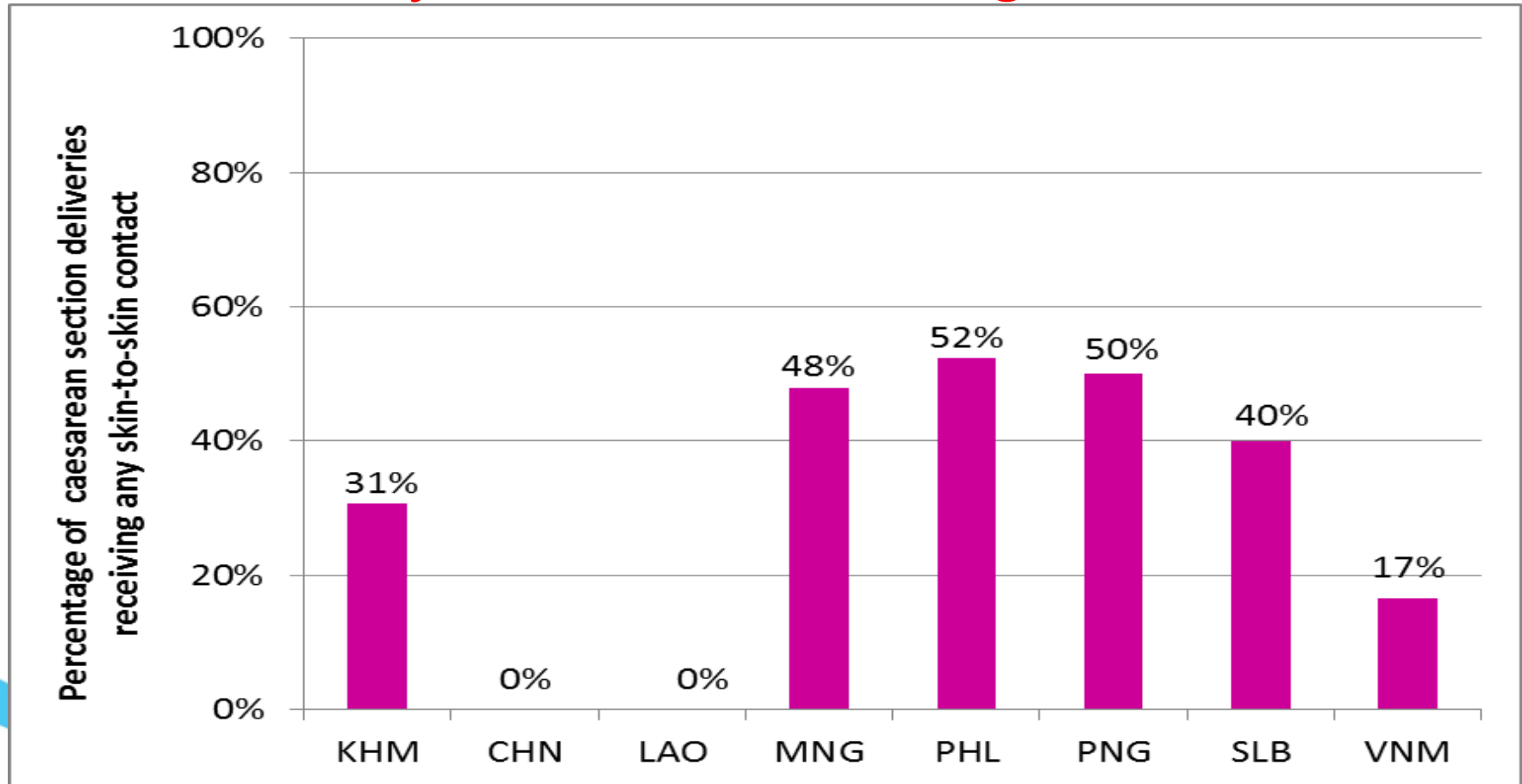
Khảo sát 48 BV ở 3 miền Bắc Trung Nam vào tháng 5/2017

*BV PSTW chỉ khảo sát trên trẻ đẻ thường



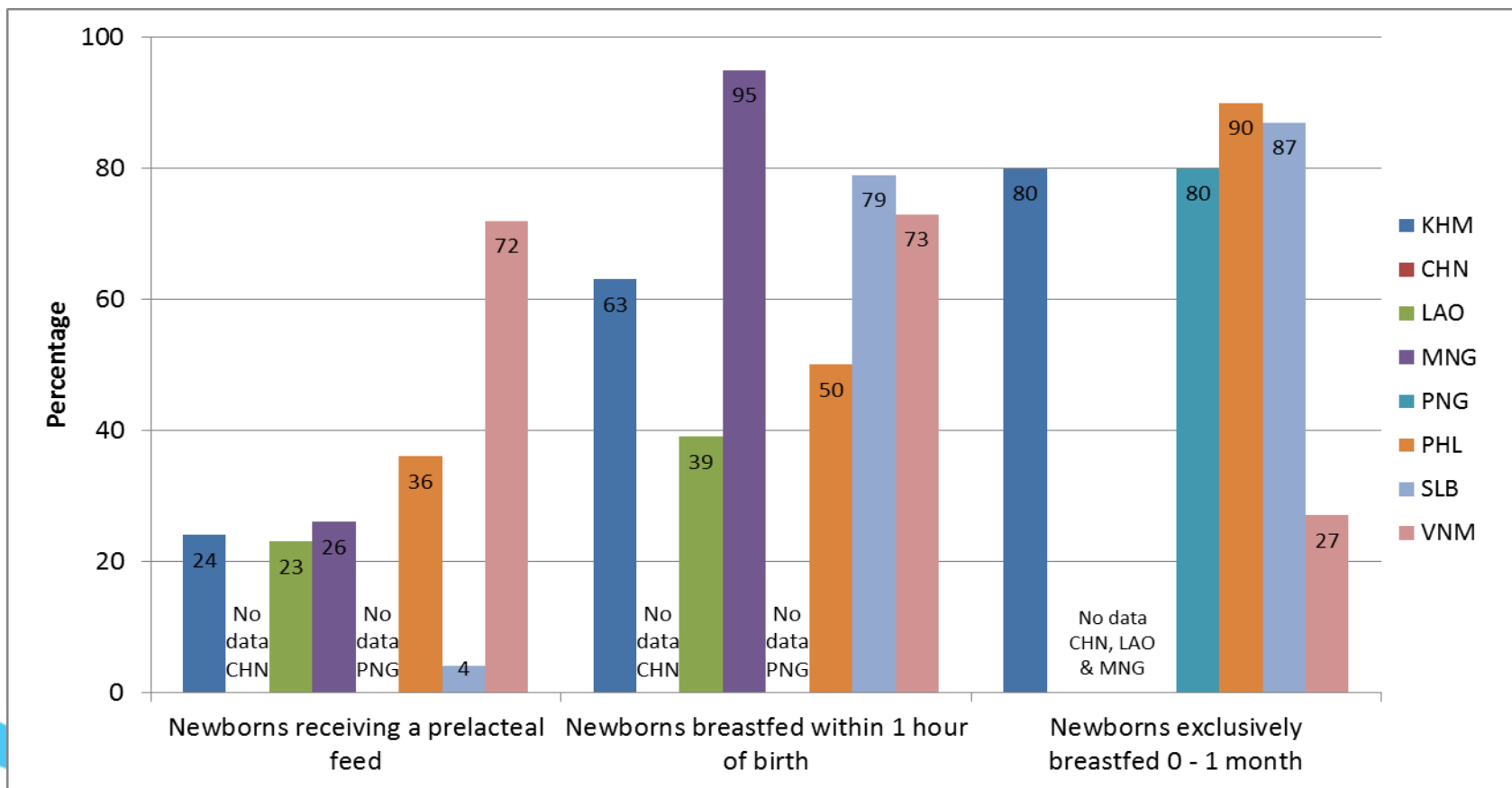


Da kề da cho trẻ sinh mổ tại 8 quốc gia Tây Thái Bình Dương, 2017





Chỉ số nuôi con bằng sữa mẹ tại 8 quốc gia khu vực Tây Thái Bình Dương





Tại Đà Nẵng- Trước EENC



Cách ly mẹ con ngay sau sinh để làm rốn và các chăm sóc khác

Cách ly thường quy sau mổ đẻ và bú sữa bò thường quy

Khu vực hồi sức xa phòng sinh, phòng mổ





Triển khai chăm sóc thiết yếu tại Đà Nẵng

T5

2014

- Thảo luận giữa SYT và A&T
- Tham dự hội thảo EENC của BYT và WHO/UNICEF
- Huấn luyện nhóm EENC của bệnh viện

T6-7

- Ca da kề da đầu tiên cho sinh thường 5/7/2014
- Huấn luyện nhân viên bệnh viện do A&T tài trợ
- Tập huấn do WHO/BYT tổ chức

T8-
T9

- Ca da kề da đầu tiên sau sinh mổ 15/9/2014
- Chính thức thành lập đội EENC của bệnh viện
- Quy trình da kề da sau mổ đẻ

T10-
11

- Da kề da cho tất cả trẻ sinh mổ 20/10/2014
- Huấn luyện thêm nhân viên y tế do A&T tài trợ
- Quyết định 4673 và quy trình EENC của BYT

2015

- Tập huấn tăng cường chất lượng EENC, quy trình giám sát và đánh giá
- Hỗ trợ VSKBMTE huấn luyện EENC cho các BV và trường y tế
- Giám sát 16 BV miền Trung và hội thảo tổng kết toàn quốc

2016

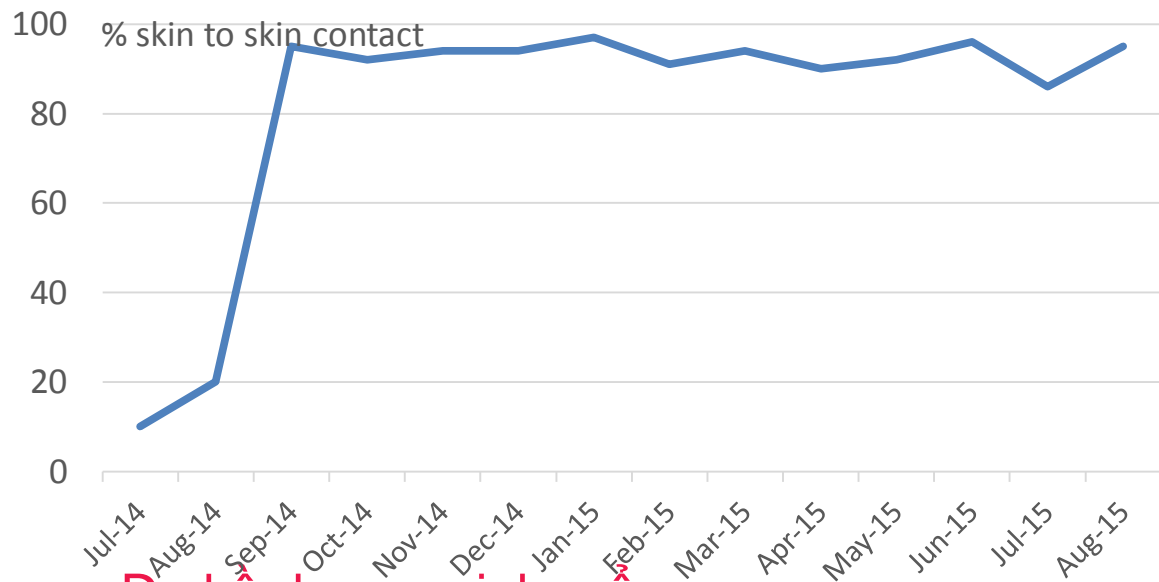
- Hội thảo chăm sóc bà mẹ Kangaroo với WHO
- Đào tạo PP chăm sóc bà mẹ Kangaroo cho tất cả các BV tại tỉnh Quảng Nam
- Quyết định của BYT về chăm sóc da kề da sau mổ đẻ

2017

- Thực hiện giám sát và đào tạo chương trình giám sát EENC
- Đào tạo EENC sinh mổ cho các giảng viên tuyến tỉnh và đẩy mạnh triển khai
- Hội thảo EEENC khu vực Tây Thái Bình Dương tại Đà Nẵng

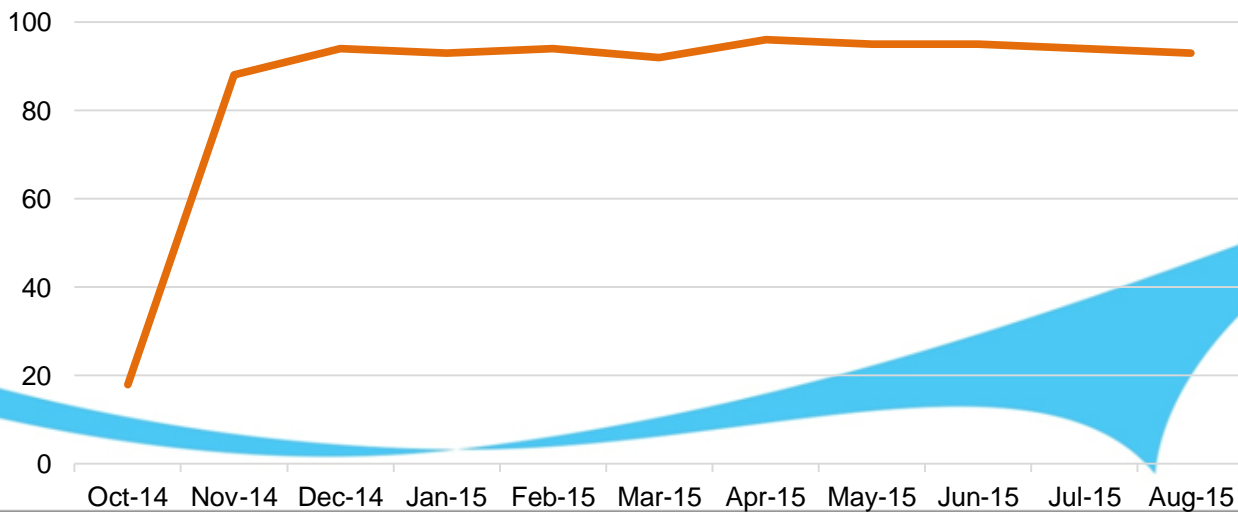


Da kề da sau sinh thường



Da kề da sau sinh mổ

% skin to skin





Quy trình thực hiện EENC tại phòng mổ

 Video clip

<https://www.youtube.com/watch?v=LlZn19O3Jk&t=56s>



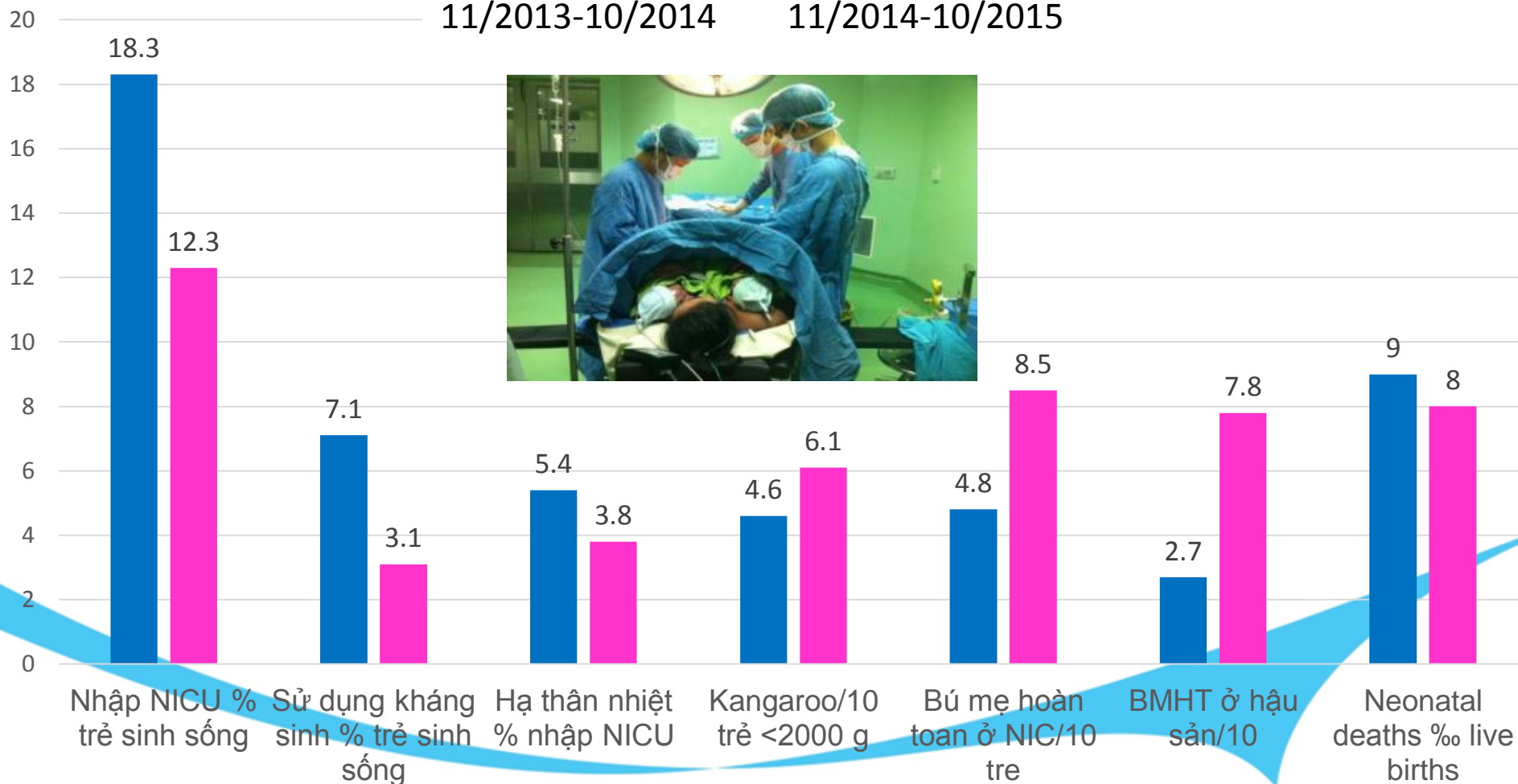
Tác động của EENC

■ Trước EENC

■ Sau EENC

11/2013-10/2014

11/2014-10/2015





Nghiên cứu về kiến thức & thái độ của nhân viên y tế đối với EENC mổ đẻ tại Đà Nẵng

- Khảo sát 204 nhân viên, 31 (15.2%) BS sản khoa, 69 (33.8%) nữ hộ sinh, 35 (17.1%) BS & điều dưỡng gây mê, 9 (4.4%) BS Sơ sinh, 42 (20.6%) điều dưỡng sơ sinh và 18 (8.8%) khác.
- Nhân viên khoa Gây mê có kiến thức về EENC thấp nhất (2 vs 3.5/5 ở các nhóm khác)
- Nhân viên y tế quan ngại:
 - Nhiệt độ phòng mổ lạnh (42% bs sản, 54% NHS, 46% gây mê, 26% sơ sinh)
 - Cần thêm nhân viên y tế (42% BS sản, 30% NHS, 43% gây mê, 31% sơ sinh)
 - Sợ em bé rớt
 - Kéo dài cuộc mổ
 - Khó khăn trong chăm sóc mẹ và con



Nghiên cứu về kiến thức, thái độ và thực hành EENC mổ đẻ tại Đà Nẵng

Tất cả BS sản khoa (100%), 89.7% NHS, 80% nhân viên khoa gây mê và 98% nhân viên khoa sơ sinh cho rằng lợi ích của thực hiện da kề da vượt trội so với các khó khăn khi thực hiện.



Đào tạo nhân rộng

30 hướng dẫn viên EENC BV Phụ sản-Nhi
Đà Nẵng đào tạo

- 549 nhân viên y tế tại TP Đà Nẵng
- 183 nhân viên y tế tỉnh Quảng Nam
- 86 nhân viên y tế Quảng Ngãi, Quảng Trị và Quảng Bình
- 121 nhân viên 9 tỉnh khác về EENC mổ đẻ
- 26 học viên quốc tế từ Pakistan, Maroc, Campuchia
- Hỗ trợ VSKBMTE đào tạo giảng viên các trường y tế ở miền Trung, và nhân viên y tế 10 BV tỉnh miền núi
- Hỗ trợ VSKBMTE đào tạo chương trình giám sát EENC cho 22 tỉnh





Tỉ lệ mổ đẻ tại TP Đà Nẵng

	Toàn thành phố			BV Phụ sản-Nhi			BV quận huyện			BV tư nhân		
	Mổ đẻ	Tổng sinh	%	Mổ đẻ	Tổng sinh	%	Mổ đẻ	Tổng sinh	%	Mổ đẻ	Tổng sinh	%
2009	4,701	13,254	35.5	2,973	6,199	48.0	1,728	5,271	32.8			
2010	5,388	13,007	41.4	2,485	5,990	41.5	1,216	4,374	27.8	1,687	2,430	69.4
2011	6,754	17,029	39.7	3,381	7,982	42.4	1,728	5,945	29.1	2,036	3,461	58.8
2012	10,045	20,408	49.2	5,509	10,377	53.1	2,405	6,456	37.3	2,131	3,367	63.3
2013	9,037	16,738	54.0	5,375	8,913	60.3	2,164	5,445	39.7	1,498	2,336	64.1
2014	9129	15952	57.2	5223	8428	62.0	2225	5018	44.3	1681	2440	68.9
2015	9399	16734	56.2	4888	8132	60.1	2206	5039	43.8	2305	3541	65.1
2016	8607	15038	57.2	4215	6950	60.6	2152	4601	46.8	2240	3474	64.5
2017	9439	16269	58.0	4131	7302	56.6	1893	4225	44.8	3415	4734	72.1



BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

National Hospital of Obstetrics and Gynecology

DA KÈ DA TẠI TP ĐÀ NẴNG

Sinh thường

Mổ đẻ

Bệnh viện	N	<2500g	Da kè da	Bú mẹ sớm	N	<2500g	Da kè da	Bú mẹ sớm
1. BV thành phố								
BV Phụ sản-Nhi	6906	737	6477	6454	8516	762	8230	8236
2. BV tư								
Bình Dân	15	0	15	15	75	0	75	75
Hoàn Mỹ	260	2	254	254	591	11	547	547
Phụ Nữ	395	6	391	391	1150	8	1147	1147
Gia đình	485	0	482	482	1226	0	1225	1225
Tâm Trí	282	0	282	282	600	0	600	600
3. BV quận huyện								
Ngũ Hành Sơn	13	1	13	13	0	0	0	0
Thanh Khê	23	0	23	23	1	0	1	1
Cẩm Lệ	831	2	832	832	762	4	763	763
Hoà Vang	8	0	6	8	0	0	0	0
Liên Chiểu	238	0	238	238	86	0	86	86
Sơn Trà	485	2	474	485	343	0	343	343
Hải Châu	770	7	768	768	798	0	753	750
Toàn thành phố	10711	757	10255	10245	14148	785	13770	13773
Tỉ lệ		7%	96%	96%		5.5%	97%	97%



Duy trì EENC tại bệnh viện

- Họp định kỳ đội EENC
- Phỏng vấn bà mẹ trước khi ra viện
- Quan sát thực hành lâm sàng của nhân viên
- Nhận dạng lỗ hổng và tìm giải pháp
- Phối hợp với các phương tiện truyền thông
- Kêu gọi hỗ trợ từ nhiều nguồn



Thách thức

- Chăm sóc & tư vấn trước sinh chưa toàn diện
- Thực hành chăm sóc sản khoa chưa thay đổi: phòng sinh kém thân thiện, thiếu kiên nhẫn đối với sinh lý chuyển dạ, tỉ lệ mổ đẻ cao.
- Đa kè đa tại phòng mổ chưa thực hiện tốt
- Thực hành chăm sóc sơ sinh cơ bản chưa chuẩn đặc biệt là các bước Cái ôm đầu tiên & hồi sức tại phòng sinh và phòng mổ
- Cách ly khỏi mẹ một cách thường quy cho trẻ sinh non ở rất nhiều bệnh viện
- Tỉ lệ sử dụng sữa công thức còn cao
- Thiết bị cơ bản cho chăm sóc sơ sinh và chống nhiễm khuẩn chưa được quan tâm



Hành động của chúng ta

- Tăng cường các chính sách, hướng dẫn, vận động
 - Chiến lược quốc gia về sức khỏe bà mẹ và trẻ em
 - Cập nhật hướng dẫn quốc gia phù hợp
 - Tiêu chí bệnh viện
 - Chương trình đào tạo tại các trường đại học
- Đào tạo cho các cơ sở y tế về EENC và KMC với vai trò đầu tàu của các Trung tâm EENC, BV tuyến TW & tuyến tỉnh
- Tăng cường và duy trì quản lý chất lượng
 - Thành lập đội EENC hoạt động hiệu quả
 - Giám sát định kỳ
 - Số liệu được ghi nhận liên tục



Hành động của chúng ta

- Giải quyết các rào cản trong thực hành sản khoa
 - Tỷ lệ mổ đẻ cao: thăm khám và tư vấn trước sinh toàn diện, thực hiện phòng sinh thân thiện
 - Tăng cường nhân lực thực hiện cái ôm đầu tiên trong mổ đẻ
- Giải quyết các rào cản trong thực hành sơ sinh
 - Tập trung các chăm sóc cơ bản: EENC, KMC, chống nhiễm khuẩn
 - Không cách ly mẹ con một cách thường quy
 - Trang thiết bị cơ bản cho chăm sóc sơ sinh
- Phối hợp chặt chẽ chăm sóc sản khoa và sơ sinh
- Kết nối kêu gọi sự hỗ trợ từ nhiều nguồn



Lau khô



Bú sữa mẹ hoàn toàn



Da kề da



Kẹp cắt rốn muộn