

**BỘ Y TẾ**

**TÀI LIỆU ĐÀO TẠO  
CHĂM SÓC TRẺ BẰNG PHƯƠNG PHÁP CẶNG GU RU**

**Tháng 12/2010**

**NHÓM BIÊN SOẠN**

PGS.TS. Đinh Thị Phương Hòa

Th.s. Nguyễn Thu Nga

Thư ký: BS. Hoàng Anh Tuấn

## MỤC LỤC

1. Chăm sóc trẻ bằng phương pháp Căng- Gu- Ru: lịch sử phát triển và quá trình thực hiện ở Việt Nam .....	4
2. Lợi ích của chăm sóc trẻ bằng phương pháp Căng- Gu- Ru .....	6
3. Chăm sóc trẻ bằng phương pháp Căng- Gu- Ru tại bệnh viện .....	9
4. Đặt trẻ vào vị trí Căng- Gu- Ru .....	11
5. Chăm sóc trẻ đẻ non bằng phương pháp Căng- Gu- Ru trong bệnh viện .....	13
6. Nuôi con bằng sữa mẹ .....	18
7. Mát xa cho trẻ đang được chăm sóc bằng phương pháp Căng- Gu- Ru .....	22
8. Hỗ trợ người mẹ và gia đình thực hiện chăm sóc trẻ bằng phương pháp Căng- Gu- Ru ...	24
9. Cho trẻ ra viện .....	28
10. Thực hiện phương pháp chăm sóc trẻ bằng phương pháp Căng- Gu- Ru ngoại trú và theo dõi phát triển của trẻ .....	30
Một số bảng biểu tham khảo .....	32

## BÀI 1

# CHĂM SÓC TRẺ SƠ SINH BẰNG PHƯƠNG PHÁP CĂNG GU RU – LỊCH SỬ PHÁT TRIỂN VÀ QUÁ TRÌNH THỰC HIỆN Ở VIỆT NAM

### I. Lịch sử phát triển

Chăm sóc trẻ sơ sinh bằng phương pháp Căng gu ru (Kangaroo Mother Care) do BS Rey và Martinez khởi xướng đầu tiên ở Bogota Colombia năm 1978 nhằm giữ ấm cho trẻ sơ sinh vì thiếu lồng ấp.

Việc áp dụng chăm sóc trẻ bằng phương pháp Căng gu ru (PPCGR) ở Bogota đã mang lại nhiều lợi ích cho trẻ hơn là mục đích giữ ấm ban đầu, vì thế đã thu hút được nhiều sự quan tâm của một số nước trên thế giới. Tháng 5 năm 1985, sau những chuyến tham quan của một số nước như Mỹ, Anh và các nước Bắc Âu đã có một báo cáo về PPCGR đăng ở báo The Lancet.

Từ đó PPCGR được giới thiệu như là một mô hình chăm sóc trẻ dễ nhẹ cân tại nhà vì đã mang đến cho trẻ những lợi ích cơ bản nhất, đó là được giữ ấm, được bú mẹ, được bảo vệ và gắn bó tình yêu thương giữa mẹ và con. Và cũng từ giai đoạn này, PPCGR đã được áp dụng rộng rãi với 2 phương pháp tiếp cận chính. Ở các nước có thu nhập thấp, cách áp dụng PPCGR 24/ngày như mô hình đầu tiên ở Bogota được thực hiện nhiều hơn và được gọi là chăm sóc CGR liên tục (Continuous Kangaroo Mother Care – C-KMC). Ở các nước giàu, việc thực hiện chủ yếu là đặt trẻ tiếp xúc da kề da với mẹ ở vị trí CGR, trong một thời gian nhất định, không áp dụng cả ngày và cũng không liên tục hàng ngày. Cách này được gọi là tiếp xúc da kề da hoặc chăm sóc CGR không liên tục.

Từ 1986 đã có một số nghiên cứu ở châu Âu, châu Mỹ và PPCGR đã được sử dụng rộng rãi trong lâm sàng ở Đức, các nước Bắc Âu và một số nước châu Phi. Đến năm 1996, *hội thảo quốc tế đầu tiên về PPCGR* được tổ chức ở Trieste, Ý gồm 36 đại biểu từ 15 nước ở Châu Phi, châu Á, châu Âu, Bắc Mỹ và Nam Mỹ. Hội thảo đã thống nhất một số thuật ngữ, định nghĩa, cụ thể là PPCGR dùng để chỉ chăm sóc trẻ sơ sinh một cách toàn diện bao gồm tiếp xúc da kề da, nuôi con bằng sữa mẹ và xuất viện sớm; tiếp xúc da kề da sau đẻ chỉ là một phần trong PPCGR.

Tiếp theo là cứ 2 năm một lần, các nhà khoa học, các nhà lâm sàng và các nhà hoạch định chính sách lại tổ chức hội thảo nhằm chia sẻ các bằng chứng mới về lợi ích cũng như các sáng kiến, kinh nghiệm áp dụng thực hành PPCGR nhằm thúc đẩy việc thực hiện rộng rãi phương pháp này.

Hội thảo quốc tế lần thứ 2 được tổ chức tại Bogota, Colombia năm 1998, tập trung chính và nội dung nghiên cứu và ứng dụng PPCGR. Đến năm 2000, hội thảo quốc tế lần thứ 3 được tiến hành tại thành phố Yogyakarta, Indonesia.

Các hội thảo tiếp theo được tiến hành ở Châu Phi, châu Âu và gần đây nhất là lần thứ 8 ở Quebec, Canada vào tháng 6 năm 2010. Mục tiêu của hội thảo là trình bày các kinh nghiệm về ảnh hưởng của PPCGR ảnh hưởng đến sức khỏe và phát triển của trẻ nhỏ; các nghiên cứu về trẻ đẻ non; vai trò của gia đình và bệnh viện đối với sự phát triển về phát triển thần kinh, khả năng nhận biết, giao tiếp xã hội ở trẻ được chăm sóc theo PPCGR; chia sẻ các khó khăn thuận lợi trong việc triển khai mở rộng PPCGR trong phạm vi mỗi quốc gia.

Ngoài các hội thảo quốc tế, nhiều hội thảo tại cấp quốc gia về PPCGR cũng đã được tiến hành và đã khẳng định một vấn đề quan trọng là “*PPCGR là quyền cơ bản của trẻ mới sinh và phải là một phần lồng ghép trong chăm sóc trẻ sơ sinh, đặc biệt là*

*trẻ đẻ nhẹ cân ở tất cả các tuyến chăm sóc ở tất cả các quốc gia*”. Các nghiên cứu khoa học cũng đã chứng minh được PPCGR đã làm giảm đáng kể tỷ lệ bệnh tật và tử vong ở trẻ sơ sinh.

## **II. Thực hiện chăm sóc trẻ bằng phương pháp Căng gu ru tại Việt nam**

Ở Việt nam, PPCGR được áp dụng từ năm 1986 tại Khoa Nhi bệnh viện Đa khoa VN-TĐ Uông bí - Quảng ninh.

Đến năm 1998, tổ chức L'APPEL chính thức đặt quan hệ với Bệnh viện Đa khoa Việt nam – Thụy điển Uông bí và Từ dữ về chương trình đào tạo PPCGR cho Việt nam. Chương trình hợp tác nhằm mục tiêu hỗ trợ cho 2 bệnh viện này trở thành các trung tâm đào tạo cho các tỉnh, thành trong cả nước. Các hoạt động giai đoạn này chỉ nằm trong khuôn khổ dự án với sự tài trợ của tổ chức L'APPEL. Các cơ sở y tế được tài trợ cử cán bộ (thường là một nhóm cả bác sĩ và điều dưỡng) đến một trong hai bệnh viện trên để học. Mỗi khóa học kéo dài từ 2-3 tuần gồm cả các bài giảng lý thuyết và thực hành lâm sàng.

Hỗ trợ của tổ chức L'APPEL kéo dài từ năm 1998 – 2007, đã đào tạo được 24 bệnh viện trong toàn quốc thực hiện PPCGR. Ngoài ra còn tổ chức được một số hội nghị, hội thảo nhằm trao đổi kinh nghiệm và khuyến khích việc triển khai mở rộng trong toàn quốc đồng thời khuyến nghị đưa PPCGR vào chương trình quốc gia về chăm sóc trẻ sơ sinh.

Từ năm 2000 đến nay, các tổ chức khác như WHO, SC/US, Chính phủ Hà lan đã đặc biệt quan tâm đến hoạt động này và đã hỗ trợ một số tỉnh triển khai PPCGR ở nhiều tỉnh trong các dự án như Giảm tử vong mẹ và trẻ sơ sinh, dự án vì sự sống còn trẻ em, trẻ sơ sinh.v.v.

Đến năm 2009, nội dung về PPCGR đã được đưa chính thức vào Hướng dẫn Quốc gia về chăm sóc sức khỏe sinh sản, phần chăm sóc sơ sinh và đã được ban hành vào tháng 11 năm 2009.

**Kết luận:** Với kinh nghiệm thực tiễn và các bằng chứng từ các nghiên cứu khoa học khẳng định về lợi ích của PPCGR nhằm tăng cường sức khỏe, giảm tỷ lệ mắc bệnh và tử vong ở trẻ sơ sinh, đặc biệt là trẻ đẻ non, việc áp dụng phương pháp này ngày càng được chấp nhận rộng rãi ở nhiều quốc gia trên thế giới trong đó có Việt nam. Đây là một phương pháp chăm sóc trẻ không những mang ý nghĩa về mặt y học mà còn mang đậm tính nhân văn, xây dựng tình cảm gắn bó mẹ con, gia đình, cộng đồng. Hãy thực hiện chăm sóc trẻ bằng PPCGR để tạo một môi trường tốt nhất cho trẻ ngay trong giai đoạn đầu của cuộc đời.

## BÀI 2

### LỢI ÍCH CỦA CHĂM SÓC TRẺ BẰNG PHƯƠNG PHÁP CĂNG GU RU

Chăm sóc trẻ bằng phương pháp Căng gu ru (PPCGR) là một phương pháp y học thích ứng được chọn lựa để chăm sóc trẻ đẻ non/nhẹ cân bằng cách đặt trẻ nằm tiếp xúc da-kề-da trên ngực mẹ và nuôi dưỡng bằng sữa mẹ. Chăm sóc trẻ bằng PPCGR là một giải pháp an toàn, hiệu quả, dễ thực hiện mà đáp ứng được các nhu cầu cơ bản cho sự sống còn của trẻ mới sinh: kích thích sự thở, giữ ấm, nuôi dưỡng bằng sữa mẹ, bảo vệ và yêu thương từ người mẹ. Vì vậy PPCGR còn được thực hiện cho tất cả trẻ sơ sinh đẻ thường và trẻ sơ sinh phải chuyển viện. PPCGR được coi là một giải pháp can thiệp phù hợp, có tính khả thi và góp phần làm giảm tỉ lệ bệnh tật, tử vong ở trẻ sơ sinh đặc biệt ở các nước đang phát triển.

Những nguyên lý đầu tiên cho việc can thiệp bằng phương pháp này bao gồm: tiếp xúc da-kề-da với mẹ ở trên ngực mẹ (vị trí căng gu ru), nuôi con bằng sữa mẹ, ra viện sớm và tiếp tục thực hiện PPCGR ngoại trú. Phương pháp CGR còn được chứng minh có tính hiệu quả và an toàn rất cao trong việc chăm sóc trẻ đẻ non/nhẹ cân ở các khoa hồi sức cấp cứu sơ sinh hoặc các khoa chăm sóc sơ sinh, khi trẻ đã hoàn toàn vượt qua các giai đoạn bệnh lý. Với nguyên lý tiếp xúc da-kề-da, phương pháp đã thiết lập sớm và tăng cường mối tương tác mẹ/bố - con, tăng khả năng tự tin trong chăm sóc con của bố mẹ và gia đình đối với trẻ đẻ non/nhẹ cân cần được chăm sóc lâu dài này. Vì vậy PPCGR đã được phát triển thành chương trình chăm sóc trẻ bằng PPCGR cho các cơ sở y tế và cộng đồng ở nhiều khu vực, nhiều nước trên Thế giới kể cả các nước đã phát triển.

**Định nghĩa:** Chăm sóc trẻ bằng PPCGR là phương pháp chăm sóc trẻ bằng cách đặt trẻ tiếp xúc da-kề-da giữa mẹ và con cho tất cả trẻ mới đẻ, **đặc biệt cho trẻ đẻ non/nhẹ cân.**

#### I. Các nguyên tắc của phương pháp chăm sóc Căng gu ru:

1. Tiếp xúc da kề da ở vị trí căng gu ru
2. Nuôi dưỡng trẻ bằng sữa mẹ
3. Hỗ trợ người mẹ và gia đình chăm sóc trẻ
4. Ra viện sớm
5. Thực hiện KMC ngoại trú và theo dõi sự phát triển cho trẻ

Tiếp xúc da-kề-da với mẹ phải được thực hiện càng sớm, càng nhiều giờ trong ngày và càng kéo dài càng tốt ngay cả khi trẻ đang trong giai đoạn hồi sức cấp cứu sơ sinh hoặc đang chuyển viện.

Cần nhấn mạnh là trong giai đoạn thực hiện PPCGR ngoại trú, chất lượng của việc chăm sóc phải đạt ít nhất như chăm sóc sơ sinh cơ bản. Vì vậy không được tách mẹ và con khi điều kiện vẫn có thể làm được.

#### II. Lợi ích của chăm sóc trẻ bằng phương pháp Căng gu ru

##### 1. Lợi ích đối với trẻ

- *Được giữ ấm giảm nguy cơ hạ thân nhiệt:* Các trẻ được chăm sóc bằng PPCGR nghĩa là luôn được nằm trên ngực mẹ, là môi trường ổn định nhất về thân nhiệt.

Nhiệt độ cơ thể mẹ sẽ ủ ấm cho cơ thể con không bị ảnh hưởng bởi môi trường bên ngoài

- *Giảm cơn ngừng thở, ổn định nhịp thở, nhịp tim:* những cử động từ người mẹ cũng như với nhịp thở và nhịp đập từ mẹ sẽ tác động lên cơ thể con giúp trẻ nhanh chóng điều hòa và ổn định nhịp tim và nhịp thở.
- *Hỗ trợ nuôi con con bằng sữa mẹ:* Tiếp xúc da kề da giữa mẹ và con kích thích sản xuất nhiều sữa, giúp trẻ nhận ra vú mẹ và bú sớm, bú dễ dàng và nhiều lần hơn.
- *Tăng cân và phát triển:* Bú mẹ sớm, đầy đủ giúp trẻ có nguồn thức ăn lý tưởng cho sự lớn lên và phát triển, đặc biệt trẻ bú được sữa non, bú mẹ hoàn toàn nên nhận được toàn bộ các nucleotide cần thiết cho sự phát triển của não và các chất giúp trẻ hoàn thiện hệ thống miễn dịch.
- *Phát triển tinh thần và cảm xúc:* Trẻ được nằm trên ngực mẹ trong một vị trí an toàn và được bảo vệ với tình cảm yêu thương từ mẹ, vì vậy việc gắn bó mẹ - con được thiết lập rất sớm. Từ đó, trẻ cảm nhận được tình yêu, môi trường bảo vệ, yêu thương từ giai đoạn đầu đời nên ít bị ảnh hưởng bởi các stress trong cuộc sống sau này.
- *Giảm mắc bệnh và tử vong:* Bú mẹ sớm, tăng cân đủ, hệ thống miễn dịch phát triển hoàn thiện, được bảo vệ trong tình yêu thương của mẹ trẻ sẽ giúp trẻ chống đỡ bệnh tật và giảm nguy cơ tử vong.
- *Một lợi ích rất quan trọng khác* là khi ở cùng mẹ, trẻ sẽ tiếp xúc và nhiễm các vi khuẩn cư trú ở cơ thể mẹ, ít nguy cơ hơn đối với sức khỏe trẻ so nhiễm vi khuẩn từ môi trường bên ngoài.
- *Đặc biệt đối với trẻ đẻ non/nhẹ cân:* giúp cải thiện rõ rệt sự sống còn, hoàn thiện 5 giác quan một cách nhanh chóng. Trẻ cảm thấy ấm áp qua tiếp xúc da kề da (xúc giác), lắng nghe giọng nói của mẹ (thính giác), bú sữa mẹ (vị giác), tiếp xúc bằng mắt với mẹ (thị giác) và ngửi mùi của mẹ (khứu giác). Vì vậy, chăm sóc trẻ đẻ non/nhẹ cân bằng PPCGR là sự chăm sóc mang đầy tính nhân văn bảo đảm một sự khởi đầu tốt nhất cho trẻ.

## **2. Lợi ích đối với bà mẹ: tiếp xúc da kề da với con sẽ giúp bà mẹ:**

- Tăng tiết oxytocin, sẽ:
  - + Thiết lập sớm và tăng cường mối tương tác mẹ con
  - + Tăng tiết sữa, nuôi con bằng sữa mẹ sớm và kéo dài
  - + Co hồi tử cung tốt, giảm nguy cơ chảy máu sau đẻ
- Cảm nhận dễ dàng tình trạng của con, giảm lo lắng về các vấn đề có thể xảy ra đối với trẻ
- Bà mẹ tự tin và trở nên quan trọng hơn trong vai trò chăm sóc con
- Đối với các trẻ đẻ non, khi bà mẹ có con nằm trên ngực sẽ có cảm giác như đang có con trong tử cung và bà mẹ đang làm công việc chăm sóc đặc biệt đối với trẻ cho đến khi đủ tháng.
- Với hơi thở, nhịp tim con đập trên lồng ngực, nhịp sống của 2 mẹ con gần như hòa hợp giúp hệ thần kinh mẹ yên bình và thoải mái và vì vậy bà mẹ ăn ngon hơn, ngủ ngon hơn và phục hồi sức khỏe nhanh hơn.

## **3. Đối với cơ sở y tế: có người mẹ thay thế một phần công việc nên:**

- Giúp giảm bớt gánh nặng cho nhân viên y tế về chăm sóc và theo dõi trẻ. Giúp tiết kiệm được kinh phí cho vấn đề nhân lực
- Tiết kiệm được ngân sách về trang thiết bị. Giúp sử dụng có hiệu quả hơn các nguồn lực và sự thiếu hụt trang thiết bị nhường cho các trẻ bệnh nặng.

- Giúp tiết kiệm được kinh phí cho việc chăm sóc và điều trị vì trẻ ít bị nhiễm khuẩn và các bệnh tật khác.

#### **4. Đối với gia đình và cộng đồng**

- Tăng cường tình cảm, trách nhiệm giữa bố, mẹ và các thành viên gia đình
- Lôi cuốn sự hỗ trợ của cộng đồng, xã hội cho việc chăm sóc giúp đỡ người mẹ và trẻ, đặc biệt là trong khi đang thực hiện PPCGR
- Thành công của việc nuôi con bằng sữa mẹ giúp giảm chi phí mua sữa công thức.
- Giúp tiết kiệm được chi phí về chăm sóc sức khỏe không chỉ ở giai đoạn sơ sinh mà còn giảm được chi phí trong năm đầu đời do giảm nguy cơ mắc bệnh và tử vong ở trẻ.

#### **5. Đối với lợi ích quốc gia**

- Chăm sóc trẻ bằng PPCGR giúp giảm tỉ lệ tử vong và bệnh tật ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ do đó giảm được nguồn kinh phí cho vấn đề chăm sóc sức khỏe.
- Đây là một phương pháp đơn giản, dễ dàng thực hiện và ít tốn kém có khả năng áp dụng được ở vùng sâu, vùng xa và ngay cả tại nhà.
- Phương pháp này giúp cho trẻ khỏe mạnh hơn, thông minh hơn giúp đóng góp cho đất nước những tiềm năng có giá trị.
- Nuôi con bằng sữa mẹ sẽ giảm chi phí mua sữa nhân tạo

**Kết luận:** Thực hiện chăm sóc trẻ bằng PPCGR mang lại lợi ích không chỉ cho trẻ mà còn cho bà mẹ, cơ sở y tế, gia đình, cộng đồng và quốc gia. Áp dụng PPCGR ở cơ sở và tại nhà một cách phù hợp chắc chắn sẽ góp phần quan trọng trong việc giảm tỷ lệ bệnh tật và tử vong cho trẻ sơ sinh, đặc biệt là trẻ đẻ non/nhẹ cân.



## BÀI 3

### CHĂM SÓC TRẺ BẰNG PHƯƠNG PHÁP CĂNG GU RU TẠI BỆNH VIỆN

*Thực hiện các bước PPCGR tại bệnh viện* là một quá trình chăm sóc toàn diện của cán bộ y tế cùng với người mẹ và gia đình dành cho trẻ đẻ non/nhẹ cân theo phương pháp tiếp xúc da-kê-da giữa người mẹ và trẻ.

#### 1. Mục tiêu

- Tăng cường mối tương tác sớm giữa mẹ và con.
- Hỗ trợ người mẹ và trẻ trong việc nuôi dưỡng trẻ bằng sữa mẹ.
- Làm giảm căng thẳng, lo lắng của bố mẹ và gia đình khi bắt đầu thực hiện PPCGR cho con và khi chuẩn bị ra viện.
- Đánh giá khả năng đáp ứng và đón nhận PPCGR của trẻ.
- Giúp đỡ bố, mẹ tăng tự tin để tiếp tục PPCGR tại nhà cho con.

Các bước khởi đầu PPCGR nên thực hiện cho từng bà mẹ ở khoa Sản hoặc khoa Sơ sinh. Sau đó thực hiện cho từng nhóm các bà mẹ trong phòng CGR nội trú hoặc phòng hướng dẫn PPCGR ngoại trú của khoa phòng hoặc bệnh viện.

#### 2. Nguyên tắc thực hiện

- Tư vấn, giải thích cho gia đình ích lợi, của PPCGR cho con họ để họ chọn lựa.
- Nếu bố mẹ của trẻ đẻ non/nhẹ cân đồng ý thực hiện PPCGR, điều dưỡng CGR sẽ phối hợp, giúp đỡ người mẹ/bố thực hiện các bước khởi đầu PPCGR cho trẻ và người mẹ đồng thời theo dõi trẻ (thân nhiệt của trẻ, khả năng bú và nuốt phối hợp), hỗ trợ người mẹ (khả năng chăm sóc con và nuôi dưỡng con bằng sữa mẹ).
- Người mẹ được động viên và cho phép ở cùng với con càng nhiều thời gian càng tốt để thực hiện PPCGR 24 giờ/24 giờ.
- Trong thời gian thực hiện PPCGR, trẻ vẫn tiếp tục được theo dõi thường xuyên về các thông số cơ bản (nhịp tim, nhịp thở, màu sắc da, thân nhiệt, cân nặng ....) và phát hiện điều trị các bệnh lý nếu có.
- Nếu người mẹ không thể ở cùng phòng với con 24 giờ/24 giờ được thì thực hiện thích nghi với PPCGR trong ngày càng nhiều càng tốt.

#### 3. Tiêu chuẩn chọn trẻ để thực hiện PPCGR

- Không có dấu hiệu bệnh lý hoặc đã vượt qua giai đoạn bệnh lý nặng
- Cân nặng < 2500g hoặc tuổi thai < 37 tuần
- Không phải nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch nữa.
- Có đáp ứng tốt với các kích thích.

#### 4. Tiêu chuẩn cho người mẹ tham gia thực hiện PPCGR

- Tự nguyện, hợp tác thực hiện PPCGR theo hướng dẫn
- Sức khỏe tốt
- Dành toàn bộ thời gian thực hiện PPCGR

- Thực hiện vệ sinh tốt: móng tay cắt ngắn, sạch, vệ sinh thân thể, quần áo.
- Có thêm một người nhà thích hợp, tự nguyện, nhiệt tình thực hiện PPCGR cho trẻ để có thể thay thế người mẹ khi cần.

### **5. Các nội dung thực hiện PPCGR**

- Hướng dẫn đặt trẻ và giữ trẻ ở vị trí cẳng-gu-ru,
- Hướng dẫn nuôi con bằng sữa mẹ
- Hướng dẫn cách bế, nâng giữ trẻ khi đánh thức trẻ dậy để cho ăn,
- Hướng dẫn cách chăm sóc, vệ sinh và theo dõi cho trẻ hàng ngày, các dấu hiệu nguy hiểm có thể xảy ra đối với trẻ và cách xử trí kịp thời,
- Kích thích và xoa bóp cho trẻ
- Hỗ trợ bà mẹ: Hướng dẫn cách vận động, thư giãn cơ thể và giải những nỗi lo lắng, sợ hãi của người mẹ,

### **6. Hỗ trợ thực hiện phương pháp Cẳng gu ru**

- Hỗ trợ của lãnh đạo cơ sở y tế về: chủ trương, nhân lực, cơ sở vật chất...
- Nhân viên chịu trách nhiệm thực hiện PPCGR: tận tâm, nhiệt tình và được đào tạo.
- Phối hợp Sản – Nhi trong cơ sở y tế

## BÀI 4

### ĐẶT TRẺ VÀO VỊ TRÍ CĂNG GU

#### 1. Cách đặt trẻ vào túi Căng gu ru

- Bế trẻ bằng một bàn tay nâng dưới cổ và lưng trẻ, tay kia bế nâng phần mông của trẻ
- Nâng nhẹ phần dưới cằm để giữ đầu, cổ trẻ không bị gập xuống làm cản trở đường thở của trẻ.
- Đặt trẻ lên ngực mẹ, nằm sấp giữa hai bầu vú mẹ ở tư thế thẳng đứng, ngực trẻ áp vào ngực mẹ, đầu trẻ nằm quay về 1 bên, má của trẻ tựa vào phần trên của ngực mẹ, bụng trẻ áp vào phần trên bụng người mẹ; hai tay trẻ dang rộng đặt trên hai bầu vú mẹ, hai chân áp trên bụng mẹ, giống tư thế con ếch bám vào người mẹ.
- Một tay giữ đầu, tay kia đưa hai bàn chân trẻ ra khỏi phần dưới áo Căng gu ru, rồi kéo phần trên của áo đến ngang tai trẻ.
- Đổi tay giữ đầu, kéo áo cho hoàn chỉnh. Sau cùng kéo phần dưới áo phủ xuống hai bàn chân trẻ.
- Đội mũ, đi tất và lót tã. Người mẹ cần mặc một cái áo địu bằng vải chun giãn để giữ trẻ luôn ở vị trí Căng gu ru và tránh di động đầu và cổ trẻ.

**Với tư thế Căng gu ru:** Người mẹ/ông bố có thể đi lại cùng với con trong túi Căng gu ru và làm một số việc nhẹ nhàng. *Người mẹ trở thành một lồng ấp tự nhiên cho con 24/24 giờ.*

- Có thể mặc áo cho trẻ bằng vải cotton mềm nhưng mở hai tà áo để trẻ tiếp xúc da-kề-da với mẹ ở phía ngực. Đội mũ sát da đầu, đi tất và lót bím nhỏ phù hợp. Tất cả quần áo, đồ vải dùng cho trẻ phải được giặt bằng loại xà phòng nhẹ không gây dị ứng và bằng nước sạch.
- Thời gian thực hiện tiếp xúc da-kề-da giữa người mẹ và trẻ càng nhiều giờ càng tốt, ít nhất mỗi lần tiếp xúc da-kề-da cho trẻ kéo dài 60 – 90 phút, tương đương với giấc ngủ và bữa bú của trẻ. Sau mỗi lần bú mẹ hoặc cho ăn sữa mẹ bằng phương pháp thay thế khác, nhẹ nhàng đưa trẻ về trở lại vị trí Căng gu ru.
- Thời điểm ngừng đặt trẻ ở vị trí Căng gu ru là khi trẻ tự cử động nhiều, trương lực cơ tăng và có xu thế muốn ra khỏi tư thế này. Trẻ có thể biểu hiện bằng cách đạp chân ra ngoài, khóc, giãy giụa mỗi khi mẹ đưa trẻ vào ngực để áp ở vị trí Căng gu ru. Thời điểm này thường xảy ra khi trẻ được 38 tuần và cân nặng từ 2500 g trở lên.
- Thời gian trẻ ở vị trí Căng gu ru phụ thuộc vào tuổi thai của trẻ, tình trạng sức khỏe của trẻ và thời gian của bà mẹ. Người mẹ cần được hỗ trợ nghỉ lao động trong suốt thời gian thực hiện PPCGR.

## 2. Lợi ích cho trẻ khi nằm ở vị trí Căng gu ru:

- Giúp trẻ duy trì thân nhiệt trẻ luôn ở 37<sup>0</sup>C, kích thích hô hấp (giảm cơn ngừng thở), kích thích tuần hoàn, kích thích sự phát triển trí não và giác quan (giảm bại não, giảm khiếm thính, khiếm thị...), thiết lập và tăng cường mối quan hệ mẹ con, tăng cường việc nuôi con bằng sữa mẹ.
- Đề phòng được hội chứng trào ngược rất hay xảy ra ở trẻ - một nguyên nhân thường gây tử vong đột ngột ở trẻ hoặc làm trẻ phải vào viện nhiều lần.

## 3. Những điều không được làm khi thực hiện PPCGR cho trẻ đẻ non/nhẹ cân:

- **Không** đặt trẻ ở tư thế nằm ngang
- **Không** quấn, bó khăn quanh người trẻ
- **Không** chuyển trẻ ra khỏi vị trí Căng gu ru quá nhiều lần, nhiều giờ trong ngày sẽ hạn chế mối tương tác mẹ – con và nuôi con bằng sữa mẹ
- **Không** cho tiếp xúc với người bị bệnh.

## **BÀI 5**

### **CHĂM SÓC TRẺ ĐẸ NON BẰNG PHƯƠNG PHÁP CĂNG GU RU TRONG BỆNH VIỆN**

#### **1. Đặt vấn đề:**

Hiện nay trên thế giới, mỗi năm có khoảng 20 triệu trẻ đẻ non ra đời, số trẻ này có liên quan nhiều đến tỷ lệ mắc bệnh và tỷ lệ tử vong cao ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ. Đối với trẻ đẻ non, việc chăm sóc y tế lâu dài là rất quan trọng, trong đó sử dụng phương pháp căng gu ru là một giải pháp rất hữu hiệu, đáp ứng được cho nhu cầu giữ ấm, nuôi dưỡng trẻ bằng sữa mẹ, tránh nhiễm khuẩn... Ở nước ta, nhiều bệnh viện đã sử dụng phương pháp này và cho kết quả rất khả quan.

#### **2. Các nguy cơ thường gặp của trẻ đẻ non:**

- Rối loạn thân nhiệt: Do khả năng điều hòa nhiệt độ của trẻ đẻ non rất kém nên nhiệt độ cơ thể của trẻ phụ thuộc rất nhiều vào nhiệt độ môi trường. Trẻ đẻ non còn bị mất nhiệt nhiều hơn trẻ đủ tháng do hệ thần kinh chưa hoàn chỉnh, da mỏng, diện tích da rộng. Trẻ đẻ non cũng dễ bị sốt cao, mất nước nhiều nếu nhiệt độ môi trường cao và khô. Thân nhiệt hạ sẽ dẫn đến rối loạn chuyển hóa, nhiễm toan và các hậu quả nghiêm trọng khác.
- Trẻ đẻ non rất dễ bị nhiễm khuẩn do các hạn chế như:
  - + Da mỏng và có độ toan thấp nên ít có tác dụng kháng khuẩn
  - + Bạch cầu, đại thực bào chưa trưởng thành, hoạt động kém.
  - + Bỏ thể không qua được rau thai nên không có để giúp chống nhiễm khuẩn.
  - + Lượng Globulin miễn dịch thiếu cả về số và chất lượng
- Chức năng tiêu hóa chưa hoàn chỉnh:
  - + Hệ tiêu hóa của trẻ đẻ non kém phát triển, các men tiêu hóa ít, phản xạ bú yếu.
  - + Dạ dày trẻ nhỏ, nằm ngang và cao sát với cơ hoành, dung tích chỉ 5 - 10 ml nên trẻ rất dễ nôn, trớ.
  - + Chức năng gan kém, hầu như không có glycogen, gan không sản xuất được một số men chuyển hóa nên trẻ đẻ non dễ bị vàng da, vàng da kéo dài, dễ hạ đường máu, dễ tan máu...
- Suy hô hấp:
  - + Trung tâm hô hấp chưa hoàn chỉnh, trẻ hay rối loạn nhịp thở, có cơn ngừng thở 7 đến 10 giây
  - + Phổi chưa trưởng thành, tổ chức đàn hồi ít, phế nang khó dẫn nở, cách biệt với mao mạch nên trao đổi ô xy khó khăn.
  - + Lồng ngực trẻ đẻ non hẹp, xương sườn mềm, dễ biến dạng nên có nhiều hạn chế trong thực hiện chức năng hô hấp
- Ngoài ra trẻ đẻ non còn có rất nhiều nguy cơ khác như viêm ruột hoại tử, bệnh võng mạc, chức năng thận yếu... đòi hỏi cần có chế độ chăm sóc, theo dõi chặt chẽ, định kỳ lâu dài mà chăm sóc bằng PPCGR nội và ngoại trú có thể đáp ứng được.

### **3. Lợi ích của phương pháp Căng gu ru đối với trẻ đẻ non**

Bảo đảm thân nhiệt cho trẻ: Nhờ tiếp xúc da kề da với mẹ mà trẻ đẻ non liên tục nhận được nhiệt lượng của mẹ truyền sang, độ ẩm của da mẹ là thích hợp nhất với trẻ. Trẻ được ủ ấm, truyền nhiệt trực tiếp từ da mẹ sang trẻ. Người mẹ là một lồng ấp tự nhiên và tốt nhất đối với con

Giúp ích cho việc nuôi con bằng sữa mẹ: Các nghiên cứu đã cho thấy sử dụng PPCGR làm tăng tỷ lệ thành công trong nuôi con bằng sữa mẹ. Nhờ tiếp xúc da kề da mà trẻ bú mẹ được nhiều hơn, sữa mẹ có nhiều hơn, phản xạ bú phát triển tốt hơn

- Giúp trẻ chống nhiễm khuẩn, đặc biệt là nhiễm khuẩn bệnh viện: Theo nhiều nhân viên y tế thì dùng lồng ấp có thể theo dõi trẻ đẻ non tốt hơn, nhưng điều đó làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn bệnh viện rất nhiều
- Điều hòa nhịp thở, nhịp tim, cung cấp ô xy cho trẻ được tốt
- Ổn định đường huyết
- Ổn định giấc ngủ
- Tuần hoàn tốt hơn nhờ được massage cho trẻ thường xuyên và đúng phương pháp
- Đáp ứng tốt hơn nhờ thường xuyên giao tiếp với mẹ, kích thích sự phát triển trí óc và các giác quan, giảm bại não, khiếm thính, khiếm thị
- Chăm sóc vệ sinh tốt hơn
- Được theo dõi sát sao, tỉ mỉ, phát hiện sớm các dấu hiệu nguy hiểm và cấp cứu kịp thời
- Cho ăn đầy đủ hơn
- Chống nôn trớ nhờ tư thế đầu cao
- Được theo dõi định kỳ sau khi ra viện

### **4. Hướng dẫn bà mẹ thực hiện phương pháp Căng gu ru cho trẻ đẻ non trong bệnh viện**

- Chọn bà mẹ:

Cần lưu ý bà mẹ những điểm sau:

- + Thực sự tự nguyện, vui vẻ và thoải mái tham gia vào chương trình CGR
- + Có sức khỏe tốt cả về thể chất và tinh thần
- + Có đủ quần áo và đồ dùng thích hợp cho mẹ và con
- + Sẵn sàng thực hiện tốt các bước vệ sinh cho trẻ
- + Ở gần với con để chăm sóc và theo dõi trẻ, có người nhà hỗ trợ: Vì phương pháp CGR đòi hỏi sự có mặt thường xuyên của người mẹ, đồng thời phải ở lại bệnh viện lâu hơn, tiếp tục thực hiện tại nhà và đưa trẻ đến khám lại theo hẹn nên rất cần sự hỗ trợ của gia đình.
- Đảm bảo vệ sinh bà mẹ tốt: Vệ sinh thân thể, luôn rửa tay sạch trước khi chăm sóc con
  - + Giải thích về lợi ích PPCGR: Dùng từ đơn giản để nói cho bà mẹ hiểu rõ những lợi ích đã nêu ở phần trên.

- + Giúp bà mẹ chuẩn bị quần áo, dụng cụ thực hiện PPCGR:
- Bà mẹ có thể mặc bất cứ cái gì mà họ cảm thấy dễ chịu và ấm áp
- Áo địu Căng gu ru: Là loại áo giúp cho bà mẹ bế áp con an toàn sát vào lồng ngực người mẹ. Tất cả các kiểu áo này đều để cho 2 tay người mẹ được tự do và đi lại xung quanh một cách dễ dàng trong khi vẫn giữ con da kề da trước ngực
- Gương có cán để theo dõi trẻ: Khi bà mẹ áp con ở tư thế CGR, có thể không nhìn rõ mặt con, bà mẹ có thể dùng gương để phản chiếu mặt trẻ qua gương. Gương cần đủ to (đường kính 20 cm, có cán để cầm cho dễ)
- Phổ biến cho người nhà bệnh nhân về những hỗ trợ cho bà mẹ: Người nhà (bố, bác, cô, bà...) sẽ giúp cho bà mẹ trong các việc cụ thể như:
  - + Làm các việc trong nhà để bà mẹ được giữ con ở tư thế CGR liên tục.
  - + Thay bà mẹ giữ con ở tư thế CGR khi bà mẹ phải đi vệ sinh hoặc các việc bất khả kháng
- Chỉ dẫn cho bà mẹ cách áp dụng phương pháp CGR (đặt trẻ ở tư thế CGR, thời gian, cho trẻ ăn, theo dõi...)
- Trao đổi với bà mẹ về cách phối hợp cùng nhân viên trong chăm sóc và theo dõi trẻ

## **5. Hướng dẫn chuẩn bị cho việc thực hiện chăm sóc trẻ đẻ non bằng phương pháp Căng gu ru**

- Chọn trẻ đẻ non và đúng tiêu chuẩn
- Hướng dẫn bà mẹ
- Bảo đảm có các trang thiết bị:
  - + Cân điện tử: 01 chiếc
  - + Bàn khám cho trẻ đẻ non/nhẹ cân
  - + Tranh áp phích về PPCGR, nuôi con bằng sữa mẹ
  - + 2 – 4 giường, tốt nhất là loại giường có thể nâng cao phần đầu giường để cho người mẹ và trẻ nằm dễ dàng hơn
  - + Tủ nhỏ đi kèm với giường cho người mẹ
  - + Xà phòng rửa tay và sát khuẩn nhanh cho cả người mẹ dùng
  - + 2 – 4 gương soi có cán cho người mẹ theo dõi con khi con nằm trên ngực mẹ.
- Các biểu mẫu thực hiện PPCGR:
  - + Sổ theo dõi chăm sóc trẻ hàng ngày
  - + Bảng đánh giá Chăm sóc trẻ bằng PPCGR của điều dưỡng
  - + Hồ sơ bệnh án trẻ được chăm sóc bằng PPCGR nội trú và ngoại trú
  - + Sổ theo dõi sức khỏe trẻ chăm sóc tiếp cho trẻ sau khi ra viện
- Nuôi dưỡng: xem bài nuôi con bằng sữa mẹ
- Chăm sóc da, rốn, mắt ...cho trẻ
- Mat xa cho trẻ : Xem bài mát xa

- Theo dõi trẻ:
  - + *Theo dõi thường quy:*
    - Nhiệt độ
    - Cân nặng
    - Chế độ ăn:
  - + *Theo dõi các dấu hiệu bất thường:*
    - SHH
    - Vàng da
    - Phân, nước tiểu
    - Tình trạng tinh thần, đáp ứng của trẻ
    - Các biểu hiện bất thường khác
  - + *Hỗ trợ và theo dõi khả năng chăm sóc con của bà mẹ và người nhà:*
    - Cách cho trẻ ăn.
    - Cách giữ ấm
    - Các dấu hiệu nguy hiểm.
    - Dinh dưỡng cho mẹ.
    - Tư thế khi mẹ ngủ

## 6. Điều trị :

- Các điều trị bệnh chính của trẻ: Trẻ đẻ non khi nằm trong bệnh viện có thể còn có bệnh chưa khỏi hẳn như : PQPV, viêm da, rối loạn tiêu hóa...Do đó trẻ vẫn cần được điều trị tiếp tục theo phác đồ.
- Các điều trị dự phòng: trẻ đẻ non cần được uống các loại vitamin A, D, E, tiêm vitamin K1, uống viên sắt để đề phòng thiếu máu, xuất huyết và nâng cao thể trạng...

**Kết luận:** Trẻ đẻ non rất cần được phối hợp nhiều biện pháp để điều trị, trong đó PPCGR đã góp phần giảm tỷ lệ tử vong và mắc bệnh. Hỗ trợ cho bà mẹ thực hiện PPCGR tốt chính là phần quan trọng trong mục tiêu giảm tỷ lệ tử vong của trẻ nhỏ nói chung và trẻ sơ sinh nói riêng.



## BÀI 6

### NUÔI CON BẰNG SỮA MẸ

Trẻ ở vị trí Căng gu ru được nuôi dưỡng bằng sữa mẹ như những trẻ khác vì cho con bú sữa mẹ là một biện pháp tự nhiên, kinh tế và hiệu quả để bảo vệ sức khoẻ bà mẹ trẻ em. Cho trẻ tiếp xúc da kề da với mẹ ngay sau khi đẻ sẽ giúp bà mẹ dễ dàng hơn trong việc cho trẻ bú sớm trong vòng 1 giờ đầu sau đẻ, tạo điều kiện thuận lợi để tiếp tục bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu và kéo dài khi trẻ được 2 tuổi hoặc lâu hơn.

#### 1. Nhắc lại lợi ích của nuôi con bằng sữa mẹ

##### 1.1. Thành phần sữa mẹ:

**Sữa non:** là sữa mẹ tiết trong vài ngày đầu sau đẻ. Sữa non màu vàng nhạt, đặc sánh.

Vai trò của sữa non:

- Sữa non có nhiều kháng thể, tế bào bạch cầu, bảo vệ cơ thể trẻ chống nhiễm khuẩn và dị ứng.
- Sữa non có tác dụng xô nhẹ giúp tổng phân su sớm ra khỏi ruột trẻ, như vậy sẽ giải phóng bilirubin sớm ra khỏi ruột trẻ, giảm nguy cơ vàng da ở trẻ sơ sinh.
- Các yếu tố phát triển trong sữa non giúp bộ máy tiêu hoá trưởng thành, chống dị ứng và không dung nạp các thức ăn khác.
- Sữa non có nhiều vitamin A giúp trẻ chống nhiễm khuẩn và bệnh khô mắt.

**Sữa trưởng thành:** Gồm sữa đầu và sữa cuối

- Sữa đầu có màu hơi xanh. Trẻ bú sữa đầu sẽ nhận được khối lượng lớn các chất dinh dưỡng và nước.
- Sữa cuối được sản xuất ở cuối bữa bú có màu trắng hơn vì chứa nhiều chất béo. Cần cho trẻ bú kiệt một bên vú rồi mới chuyển sang vú khác để trẻ nhận được sữa cuối cung cấp nhiều năng lượng.

##### 1.2. Lợi ích của nuôi con bằng sữa mẹ

*Đối với trẻ:*

- Sữa mẹ là thức ăn lý tưởng nhất cho sức khoẻ và sự phát triển của trẻ nhỏ.
- Dễ tiêu hoá và hấp thu
- Bảo vệ cơ thể chống lại các bệnh nhiễm khuẩn
- Giúp trẻ phát triển trí thông minh
- Giảm nguy cơ béo phì trong những năm đầu đời.

*Đối với bà mẹ:*

- Tăng cường mối quan hệ gần gũi yêu thương, gắn bó tình cảm mẹ con
- Giúp bà mẹ chậm có thai
- Bảo vệ sức khoẻ cho bà mẹ, giảm nguy cơ chảy máu sau đẻ cũng như ung thư vú và buồng trứng.
- Nuôi con bằng sữa mẹ thuận tiện, ít tốn kém.

## **2. Hướng dẫn bà mẹ cho con bú trong vị trí Căng gu ru:**

Bà mẹ có thể cho con bú trong vị trí Căng gu ru bằng cách chuyên trẻ áp vào một bên ngực mẹ, miệng trẻ ngậm bắt vú tốt trong khi toàn thân trẻ vẫn được tiếp xúc da-kề-da với mẹ.

Trẻ trên 34 tuần có thể bú mẹ trực tiếp. Nếu bà mẹ nhiều sữa mà trẻ không bú hết một bên vú trong mỗi lần bú, cần ưu tiên bú "sữa cuối" cho đến khi trẻ có thể bú được nhiều hơn. Hướng dẫn bà mẹ cách vắt sữa đầu đựng vào bình/cốc nhựa sạch để cho trẻ ăn thêm bằng các phương pháp thay thế trong trường hợp trẻ vẫn đói mà không bú tiếp được.

mái khi cho bú trong vị trí Căng gu ru, hướng dẫn bà mẹ nhẹ nhàng đưa con ra khỏi túi Căng gu ru và cho con bú. Chú ý giữ ấm cho trẻ trong suốt thời gian cho con bú. Hướng dẫn bà mẹ về vị trí, tư thế và ngậm bắt vú đúng để cho con bú được hiệu quả.

## **3. Cho trẻ ăn sữa mẹ bằng mẹ bằng các phương pháp thay thế**

Nếu trẻ bú được khi thực hiện PPCGR nhưng dễ mệt khi bú và lên cân chậm (< 15 g/ngày), cần cho trẻ ăn thêm sữa mẹ bằng các phương pháp thay thế. Giải thích và hướng dẫn bà mẹ cách vắt sữa bằng tay và cách cho trẻ ăn sữa mẹ bằng các phương pháp thay thế.

### **Hướng dẫn bà mẹ cách vắt sữa bằng tay:**

- Ngồi ở nơi yên tĩnh hoặc ngồi với người hỗ trợ
- Bế con vào lòng trong khi vắt sữa hoặc nhìn vào trẻ, đôi khi có thể nhìn vào ảnh của con.
- Dùng đồ uống nhẹ và ấm (tránh dùng cà phê)
- Dùng gạc ấm hoặc phun nước ấm vào bầu vú
- Dùng ngón tay nhẹ nhàng ấn vào núm vú hoặc xoa bóp, vuốt núm vú để kích thích núm vú

### **Chuẩn bị dụng cụ đựng sữa vắt ra**

- Chọn cốc hoặc bình có miệng rộng
- Rửa sạch cốc bằng xà phòng
- Rót nước sôi vào cốc để trong vài phút. Khi sẵn sàng vắt sữa thì đổ nước đi

### **Cách vắt sữa bằng tay:**

- Chỉ cho bà mẹ cách tự vắt sữa, không nên làm hộ bà mẹ
- Rửa sạch tay
- Ngồi hoặc đứng một cách thoải mái và giữ cốc đựng sữa ở gần vú
- Đặt ngón tay cái lên vú phía trên quầng vú và núm vú, ngón tay trỏ ở phía dưới quầng vú, đối diện với ngón tay cái, các ngón tay khác đỡ vú
- Ấn ngón cái và ngón trỏ một cách nhẹ nhàng về phía trong và ấn vào phía thành ngực. Không nên ấn quá mạnh vì ấn mạnh có thể làm tắc ống dẫn sữa.

- Ấn vào rồi bỏ ra, làm lại nhiều lần. Việc này không gây đau, nếu đau có nghĩa là kỹ thuật làm sai. Lúc đầu có thể sữa chưa xuống nhưng sau khi ấn vài lần sữa bắt đầu chảy ra. Sữa có thể chảy thành dòng nếu đã có sự giải phóng oxytocin.
- Xoay ngón tay để ấn vào quầng vú bên cạnh để đảm bảo rằng sữa ở tất cả các xoang sữa nằm dưới quầng vú được vắt hết ra
- Tránh xoa bóp hoặc trượt các ngón tay dọc theo da, tránh ép vào núm vú vì việc ấn hoặc kéo núm vú không làm cho sữa chảy ra
- Vắt mỗi bên vú tối thiểu từ 3 đến 5 phút cho tới khi dòng sữa chảy chậm lại thì chuyển sang bên kia, sau đó vắt lại ở cả hai bên.

Trẻ từ 32 - 34 tuần, nếu không bú được phải vắt sữa trực tiếp vào miệng trẻ hoặc cho trẻ ăn bằng cốc, bằng thìa, bằng ống bơm, ống nhỏ giọt hoặc ống thông dạ dày. Dù trẻ chưa bú được nhưng trước khi cho ăn cần hỗ trợ đưa miệng vào vú mẹ 5 -10 phút để giúp mẹ tăng tiết sữa và giúp trẻ tập bú mẹ.

Số lượng và số lần cho ăn phụ thuộc tuổi đẻ, tuổi thai, cân nặng khi đẻ và sự dung nạp sữa mỗi bữa của trẻ. Tuy nhiên cần bảo đảm ít nhất là 2 giờ/lần, cho bú cả ngày lẫn đêm. Cần tăng từ từ số lượng sữa mỗi bữa của trẻ, cho trẻ ăn đều cả ngày và đêm từ 10 đến 20 lần.

## BÀI 7

### MÁT XA CHO TRẺ ĐANG ĐƯỢC CHĂM SÓC BẰNG PHƯƠNG PHÁP CĂNG-GU-RU

Mát-xa là phương pháp xoa bóp nhằm tăng cường sức khỏe và tạo cho con người cảm giác thư giãn, thoải mái. Mát-xa có nguồn gốc từ Trung quốc, Ấn độ, Ai cập và đã được lan truyền nhanh chóng từ mấy nghìn năm về trước. Đến nay, hầu hết các nước trên thế giới đều sử dụng phương pháp này không chỉ với mục đích tăng cường sức khỏe, thư giãn, giảm mệt mỏi mà còn là một phương pháp chữa bệnh, đặc biệt đối với các bệnh về cơ – xương – khớp, tim mạch và thần kinh.

Đối với trẻ em, mát-xa là hết sức quan trọng, cần được thực hiện ngay từ khi trẻ mới lọt lòng. Thời điểm trẻ mới sinh này cần được đặc biệt quan tâm vì đó là thời khắc trẻ chuyển từ tử cung mẹ, nơi trẻ được vỗ về trong bầu nước ối ấm áp sang môi trường độc lập bên ngoài cơ thể mẹ.

Mát-xa thực sự có hiệu quả đối với trẻ đẻ non/nhẹ cân, thúc đẩy sự lớn lên và phát triển của trẻ. Đặc biệt khi trẻ đang được chăm sóc bằng PPCGR, thì mát xa càng có hiệu quả hơn trong việc tăng cường tình cảm gắn bó yêu thương của người mẹ đối với con và giúp trẻ nhanh chóng hoàn thiện các phản xạ bình thường.

#### ***I. Lợi ích của mát xa đối với trẻ:***

- Các lợi ích trực tiếp của mát-xa đối với trẻ em đã được nhiều nhà khoa học khẳng định qua các công trình nghiên cứu. Đó là tác dụng đối với sự phát triển thể lực, tinh thần và tình cảm. Mát-xa làm cải thiện tuần hoàn, hô hấp giúp máu lưu thông tốt, các lỗ chân lông thông thoáng làm da trẻ mịn màng; mát-xa giúp trẻ ăn ngon miệng, tiêu hóa tốt, ít táo bón. Mát-xa làm giảm nguy cơ bị các bệnh đường hô hấp như ho, cảm lạnh và viêm nhiễm. Trẻ được mát-xa sẽ thấy dễ chịu, ít khóc, ngủ ngon và sâu hơn. Mát-xa cũng kích thích làm trẻ nhanh nhẹn, thích nói chuyện và vui vẻ với mọi người. Hơn nữa, mát-xa còn thúc đẩy sự hoàn thiện hệ thống miễn dịch giúp trẻ phòng chống bệnh tật. Đặc biệt, mát-xa làm cho các cơ săn chắc, hệ thống xương - khớp dẻo dai. Đối với trẻ bị bệnh, mát-xa giúp giảm các cơn đau, giảm lo lắng, sợ hãi và sức khỏe chóng phục hồi hơn.
- Trong khi mát xa, các rung động qua bàn tay, ánh mắt nhìn âu yếm cùng với nụ cười hạnh phúc từ bố mẹ sẽ tăng tình cảm yêu thương, nâng đỡ bảo vệ con vượt qua những khó khăn đầu tiên trong cuộc đời. Hơn thế nữa, tác dụng của mát xa ngay từ giai đoạn sớm, khi lớn lên trẻ sẽ có bản lĩnh hơn, dễ dàng vượt qua được những thử thách về tâm lý và tình cảm.

#### ***II. Hướng dẫn các động tác mat-xa:***

Trước khi mát xa cho trẻ, người mẹ cần rửa tay sạch bằng xà phòng, xoa hai bàn tay vào nhau cho ấm lên bằng nhiệt độ của cơ thể và thực hiện mát theo thứ tự sau:

##### **1. Để trẻ trong tư thế nằm sấp và bắt đầu thực hiện mát xa:**

- Đầu: Dùng lòng bàn tay vuốt từ trán xuống cổ về phía sau gáy rồi ngược lên trán. Lặp lại động tác 6 lần trong khoảng thời gian 1 phút (10 giây cho một lần vuốt).
- Vai: Dùng đồng thời cả hai tay (2-3 ngón tay chập lại) chéo các ngón tay ở cổ và đi xuống hai vai dọc xuống khuỷu tay. Lặp lại động tác 6 lần thời gian như trên.

- Lưng: Dùng mặt lòng của các ngón tay ở cả 2 tay vuốt cùng lúc hai bên cột sống từ cổ xuống thắt lưng và quay ngược về phía cổ. Lặp lại động tác 6 lần.
- Chân: Dùng các ngón tay của một bàn tay, vuốt mặt sau chân từ mông xuống cổ chân và ngược lại. Lặp lại 6 lần.
- Tay: Dùng các ngón tay của cả hai tay vuốt từ giữa hai bả vai xuống cổ tay và ngược lại. Lặp lại 6 lần.

## **2. Đặt trẻ nằm ngửa lại: làm động tác thư giãn chân tay**

- Tay: Giữ cổ tay trẻ bằng những ngón tay, nhẹ nhàng mở ra rồi luồn từ khuỷu tay gập lại sao cho bàn tay vừa chạm cổ và ngược lại. Lặp lại 6 lần.
- Chân: Nằm chân phải trẻ trên mắt cá nhẹ nhàng duỗi ra rồi co lại ở gối về phía bụng (lặp lại 6 lần). Nằm cả hai chân trẻ ở trên mắt cá nhẹ nhàng duỗi ra, sau đó gập lại (lặp lại 6 lần).
- Khi thực hiện mát xa, người mẹ cần thể hiện tình cảm âu yếm (ru nựng con, các động tác và cơ thể mẹ mềm mại, uyển chuyển theo sự tương tác, phản ứng của con...). Mỗi lần mát xa không nên kéo dài quá 10 phút vì có thể làm trẻ mệt và có nguy cơ hạ thân nhiệt.

### ***Một số lưu ý khi mát xa:***

- Luôn chú ý giữ ấm cho trẻ khi mát xa
- Khi mới bắt đầu, mát xa từ từ, nhẹ nhàng sau đó mạnh dần và kéo dài hơn.
- Theo dõi biểu hiện của trẻ, xem động tác nào trẻ thích và động tác nào trẻ không thích, nếu trẻ khóc ít thì cố gắng làm trẻ nín khóc trước khi mát xa; nếu trẻ khóc lớn hơn, khóc nhiều thì không mát xa cho trẻ nữa.
- Dùng loại kem, dầu dành cho trẻ em để bảo vệ làn da mỏng manh và mềm mại của trẻ, làm cho trẻ cảm thấy dễ chịu hơn và giúp cho việc mát xa được thuận lợi và hiệu quả hơn.
- Thời điểm tốt nhất để mát xa là:
  - + Trẻ sẵn sàng tiếp nhận, tỉnh táo, không đói bụng và không cáu kỉnh.
  - + Người làm mát xa phải thật sự thư giãn và thoải mái.

### ***Không nên mát xa khi:***

- Trong vòng 1 tiếng sau khi ăn
- Trẻ đang ngủ
- Trẻ không khỏe hoặc bị bệnh,
- Trẻ không muốn
- Trẻ phải ở trong một tư thế khi mát xa

## BÀI 8

### HỖ TRỢ NGƯỜI MẸ VÀ GIA ĐÌNH THỰC HIỆN CHĂM SÓC TRẺ BẰNG PHƯƠNG PHÁP CĂNG GU RU

#### 1. Hỗ trợ giải tỏa nỗi lo lắng cho người mẹ trong ngày đầu thực hiện thích nghi với phương pháp Căng gu ru

- Ngày đầu tiên khi bắt đầu tập chăm sóc trực tiếp cho đứa con đẻ non/nhẹ cân theo phương pháp PPCGR, người mẹ thường rất lo lắng, sợ hãi, khó khăn và rất lúng túng trong tất cả các bước từ bế con, cho con bú, cho con nằm trên ngực mẹ.
- Có người mẹ còn tâm sự “đây là thách thức quá lớn đối với tôi, tôi nghĩ không đủ khả năng để bảo vệ con mình”. Người mẹ khác thì lo lắng sợ có thể làm đau con hoặc làm rơi con khi bế ấp con ở tư thế CGR hoặc sợ mình không có đủ sữa để nuôi con ...

#### 2. Cách bế và nâng giữ trẻ non tháng/nhẹ cân:

Người mẹ thường có những sợ hãi, lo lắng ban đầu, nên người y tá phải hướng dẫn họ cách bế, giữ con sao cho dễ dàng và an toàn bằng cách làm mẫu cho người mẹ quan sát cách bế, giữ trẻ. Bế trẻ với một tay nâng ở dưới phần vai, cổ và tay kia nâng ở phần mông của trẻ.

Người mẹ được tập với cách bế, giữ trẻ với sự cử động nhẹ nhàng các ngón tay, cổ tay của mình. Sau vài lần làm họ sẽ thành thạo và cảm giác sợ đánh rơi trẻ hoặc làm trẻ đau sẽ giảm đi. Người y tá vừa hỗ trợ người mẹ vừa quan sát mức độ khó khăn hay thành thạo để giúp đỡ họ.

Khi người y tá làm mẫu lần đầu mà người mẹ làm chưa đạt được kết quả như mong muốn, người y tá có thể mời một bà mẹ khác đã thành thạo sang làm mẫu tiếp cho người mẹ quan sát và chia sẻ kinh nghiệm. Người y tá cần làm mẫu rất nhẹ nhàng, từ từ cách bế, giữ trẻ như cách trên, ngoài ra người y tá có thể làm mẫu bằng cách đặt các ngón tay của mình nâng dưới cổ người mẹ để người mẹ cảm giác được cách đặt ngón tay nhẹ nhàng và hiệu quả sẽ tương tự như khi người mẹ trực tiếp bế, nâng giữ con mình.

#### 3. Cách đánh thức trẻ để cho trẻ ăn:

Trước khi cho trẻ bú, người mẹ phải đánh thức trẻ dậy. Mục đích để trẻ tỉnh, cảm nhận được sự tương tác từ phía mẹ để trẻ bú mẹ khoẻ hơn và tiêu hoá sữa tốt hơn. Có thể bắt đầu bằng vuốt ve âu yếm mặt trẻ vài lần bằng một tay. Nâng toàn thân trẻ trên một tay (nhẹ nhàng nhưng chắc chắn). Cù gan bàn chân trẻ, rồi đu đưa nhẹ nhàng trẻ và nói ru nựng trẻ.

Kích thích nhẹ nhàng liên tục đến khi trẻ mở mắt. Dùng ngón tay trở vỗ nhẹ xung quanh miệng trẻ gọi lên phản xạ tìm kiếm vú mẹ của trẻ.

Để làm tốt điều đó cần phải giải thích cho bà mẹ biết rằng trẻ có những phản xạ tự nhiên mút, bú, nuốt và tìm kiếm vú mẹ từ khi trẻ còn nằm trong bụng mẹ. Theo cơ chế sinh lý các phản xạ này xuất hiện rất sớm từ lúc 28-32 tuần thai. Phản xạ tìm kiếm sẽ có chậm hoặc không đáp ứng hoàn hảo nếu trẻ dưới 32 tuần thai. Khi trẻ được 32 tuần phản xạ của trẻ khá hơn. Tới 34 tuần phản xạ của trẻ hoàn hảo hơn, nhanh hơn và kéo dài hơn. Nếu ở thời điểm này trẻ được kích thích và thức tỉnh hoàn toàn, thì trẻ có thể bú mẹ trực tiếp được.

#### **4. Giúp đỡ người mẹ về mặt tâm lý**

- Xây dựng niềm tin cho người mẹ để làm giảm mọi nguyên nhân lo lắng cho người mẹ và làm cho họ có ý nghĩ và cảm xúc tốt về con mình.
- Nhân viên y tế phải tư vấn, giúp đỡ, tạo điều kiện cho người mẹ từng bước thực hiện tốt các nội dung chăm sóc trẻ bằng PPCGR. Khi người mẹ thành thạo, tiếp tục hỗ trợ người mẹ và theo dõi chặt chẽ cho trẻ trong suốt thời gian thực hiện PPCGR tại bệnh viện.
- Tất cả thành viên của gia đình phải được thông tin về việc thực hiện PPCGR để gia đình cùng giúp đỡ người mẹ chăm sóc con hiệu quả nhất, đặc biệt là người cha, bà ngoại và bà nội.
- Nếu người mẹ có khó khăn về tâm lý, gia đình, xã hội. Hãy hợp tác với các cán bộ tâm lý, xã hội, đoàn thể giúp đỡ người mẹ cách giải quyết tốt nhất.

#### **5. Hướng dẫn bà mẹ cho trẻ ăn bằng các phương pháp thay thế nếu trẻ không thể bú mẹ được**

##### **Cho trẻ ăn sữa mẹ qua ống sonde dạ dày**

- Khi đứa trẻ còn rất non yếu, chưa thể bú mẹ và chưa nuốt tốt được nên cho trẻ ăn qua ống sonde dạ dày, ví dụ trẻ dưới 32 tuần thai. Các trẻ có nhịp thở nhanh trên 80 lần/phút thì cũng không nên cho trẻ ăn sữa bằng các phương pháp khác mà nên cho trẻ ăn qua ống sonde dạ dày để tránh nguy cơ gây trào ngược sữa vào phổi.
- Dùng ống sonde cho ăn số 5 hoặc số 8 tùy theo chiều dài và cân nặng của trẻ. Đánh dấu chiều dài ống cho ăn tương đương với chiều dài đo từ miệng đến mũi ức của trẻ bằng bút đánh dấu. Đưa ống sonde cho ăn vào qua đường mũi đến dạ dày cho tới khi điểm đánh dấu của ống sonde vào đến miệng trẻ. Kiểm tra vị trí của ống sonde bằng cách hút dịch dạ dày và bơm 1 ml khí vào qua ống sonde đồng thời dùng ống nghe nghe tiếng réo trong dạ dày để chắc chắn ống sonde cho ăn đã vào đúng trong dạ dày trẻ. Dán cố định ống sonde vào một bên má trẻ bằng một miếng băng dính. Lấy lượng sữa cần cho trẻ ăn (làm ấm ở 37 độ C) nối với ống sonde rồi để sữa chảy vào dạ dày từ từ trong khoảng 15 - 30 phút. Không bao giờ được bơm sơ ranh sữa bằng áp lực. Dùng sơ ranh 5, 10, 20 ml tùy theo số lượng sữa trẻ cần ăn. Hãy cho trẻ mút vú mẹ hoặc mút ngón tay mẹ trong khi ăn sữa qua ống sonde để kích thích phản xạ bú mẹ và sự phối hợp mút - nuốt của trẻ. Tráng ống sonde và sơ ranh bằng một vài ml nước đun sôi để ấm sau mỗi lần cho ăn. Thay ống sonde ăn hàng ngày (24 giờ), nhưng chú ý kẹp chặt ống sonde khi rút ống sonde để sữa không nhỏ giọt vào họng và phế quản trê.
- Hàng ngày khi người mẹ thực hành thích nghi PPCGR, y tá sẽ đánh giá và giúp đỡ trực tiếp việc NCBSM cho người mẹ. Nếu người mẹ không có đó, có thể một y tá KMC sẽ cho trẻ ăn sữa mẹ bằng cốc.

## **Cho trẻ ăn sữa mẹ bằng cốc**

- Bế trẻ ở tư thế đầu cao
- Nâng cốc sữa chạm sát vào môi dưới của trẻ
- Để thành cốc sữa chạm vào phía ngoài môi trên của trẻ
- Chờ trẻ tỉnh táo hơn: há miệng và mở mắt
- Để trẻ tự mút sữa bằng lưỡi (không rót sữa vào miệng trẻ)
- Đôi khi cứ để ít sữa còn lại trong miệng trẻ trước khi nó nuốt sữa.
- Quan sát trẻ: khi trẻ ăn đủ lượng sữa, trẻ ngậm miệng lại và không chịu ăn thêm nữa.
- Cho trẻ ăn thường xuyên hơn nếu trẻ ăn không đủ lượng sữa theo nhu cầu
- Tính tổng lượng sữa trẻ ăn được trong 24 giờ, còn số lượng mỗi bữa thì linh hoạt tùy theo khả năng của trẻ.

Chỉ cho trẻ ăn bằng cốc khi có y tá đã được đào tạo và có đủ thời gian để thực hiện. Trong các cơ sở y tế có quá nhiều bệnh nhân thì nhân viên không có đủ thời gian để chăm sóc cho từng trẻ một, cho nên nếu áp dụng phương pháp này có thể trẻ sẽ không được ăn đủ số lượng. Tình trạng như thế này rất phổ biến ở các nước đang phát triển, vì vậy cho ăn bằng cốc kéo dài mà không có sự kích thích phản xạ bú thích hợp sẽ làm chậm sự phát triển khả năng bú của trẻ. Điều này có thể khắc phục bằng cách đưa trẻ vào thích nghi với PPCGR càng sớm càng tốt, đi trực tiếp từ ăn qua ống sonde dạ dày đến bú mẹ khi có thể được.

Khi cho trẻ ăn sữa cuối bữa, cách tốt nhất là cho ăn bằng ống nhỏ giọt chứ không nên dùng cốc. Với cách cho ăn này người mẹ dễ thực hiện hơn, đỡ lãng phí sữa hơn và tránh việc trẻ từ chối núm vú mẹ.

## **6. Vuốt ve, xoa bóp, kích thích trẻ:**

Công việc này sẽ giúp người mẹ tăng sự tự tin và sự thành thạo khi cho con bú hoặc khi con ở túi kangaroo.

*Trong khi cho con bú* người mẹ vẫn có thể vuốt ve, xoa day nhẹ nhàng cho trẻ ở vùng mặt, trán. Hướng dẫn người mẹ bắt đầu xoa trên da trẻ từ mũi và di chuyển ngón tay xoa lên xung quanh hai mắt trẻ khoảng 3 lần. Xoa vuốt tiếp tục từ mũi đến xung quanh miệng trẻ (3 lần) và cuối cùng vuốt ve nhẹ nhàng trên trán trẻ. Sau đó cởi bỏ áo, khăn quấn trẻ và đặt trẻ vào vị trí CGR.

*Xoa bóp kích thích trẻ ngoài lúc bú.* Xem bài mát xa cho trẻ

Nếu người mẹ còn lo lắng, người y tá giúp đỡ người mẹ bế nâng giữ trẻ ở tư thế thích hợp và để người mẹ thực hiện việc xoa cho con từng phần như hướng dẫn. Thời gian xoa bóp cho trẻ phải nhanh, nơi xoa bóp cho trẻ phải ấm để đề phòng trẻ bị hạ thân nhiệt.

## **7. Hướng dẫn bố mẹ thực hành chăm sóc trẻ bằng phương pháp Căng gu ru**

Khi các phân hướng dẫn hỗ trợ trực tiếp cho người mẹ và trẻ đã xong, người mẹ được mời tham gia vào buổi học về ích lợi của PPCGR đối với trẻ đẻ non. Các chủ đề thảo luận lúc này nên tập trung vào cách PPCGR cho trẻ tại nhà:

- Tiếp xúc da kề da với mẹ



- Cho con bú mẹ (cứ 1 giờ ruỗi đến 2 giờ trong ngày và 2 giờ đến 2 giờ ruỗi trong đêm).
- Quần áo cho trẻ
- Cách giữ ấm cho trẻ (không được để trẻ nằm ở giường hoặc nằm đầu và thân ngang bằng nhau).
- Các dấu hiệu nguy hiểm (tím tái, ngừng thở, phân có máu, co giật...).
- Dinh dưỡng cho người mẹ đang nuôi con bằng sữa mẹ.
- Những hoạt động của người mẹ nên làm hoặc nên tránh khi đang chăm sóc con ở tư thế căng-gu-ru. Tư thế thích hợp cho người mẹ khi ngủ với con đang ở trong túi căng-gu-ru.

Trẻ ở vị trí căng-gu-ru là trẻ được đặt nằm xấp, thẳng đứng trên ngực mẹ với hai chân, hai tay ôm hai bên ngực bụng mẹ. Một đùi bằng vải chun giăn quần quanh người mẹ sẽ hỗ trợ trẻ luôn được giữ ở vị trí căng-gu-ru. Điều quan trọng có ý nghĩa nhất là giữ đầu trẻ luôn ở tư thế đứng và một bên má trẻ áp sát vào ngực mẹ. Cả hai điều này phải được thực hiện đúng để tránh di động đầu và cổ của trẻ và tránh ngừng thở do tắc nghẽn.

### **7. Hướng dẫn trước khi ra viện:**

Khi đưa trẻ chuẩn bị ra viện (từ khoa sơ sinh hoặc từ đơn vị CGR) cần phải kiểm tra lại người mẹ về khả năng tự chăm sóc con theo nguyên tắc CGR. Trước khi ra viện hầu hết các bà mẹ có cảm giác lo lắng trở lại, có người lo lắng nhiều, có người lo lắng ít nên họ thường xin ở lại thêm để cho con được chăm sóc chắc chắn hơn. Vì vậy nhân viên y tế phải giúp đỡ họ giải toả được nỗi lo lắng này. Có thể bắt đầu bằng cách hỏi người mẹ xem họ đã muốn cho con ra viện và về nhà tự chăm sóc con mình chưa, để xác định mức độ tự tin về khả năng chăm sóc con mình của người mẹ. Kết hợp với sự theo dõi, đánh giá quá trình người mẹ thích nghi PPCGR ở bệnh viện sẽ giúp ích rất nhiều cho công việc chuẩn bị cho cặp Mẹ - Con kangaroo ra viện.

Hãy thường xuyên động viên, hỗ trợ người mẹ sao cho họ luôn tin tưởng vào y tá, bác sĩ đang chăm sóc con họ, để họ giải bày được hết nỗi lo lắng băn khoăn mà họ vẫn còn canh cánh trong lòng ở giai đoạn này. Đồng thời giúp họ xây dựng niềm tin về khả năng của người mẹ để tiếp tục thực hiện PPCGR trong giai đoạn ngoại trú - một giai đoạn quan trọng của chương trình CGR.

## BÀI 9

### CHO TRẺ RA VIỆN

**Đặt vấn đề:** Việc chăm sóc trẻ đẻ non áp dụng thành công PPCGR trong bệnh viện là một thuận lợi trong nuôi dưỡng trẻ sau này. Tuy nhiên, sau khi ra viện trẻ có được chăm sóc tốt theo PPCGR ngoại trú hay không mới thật sự là quan trọng vì đây là bước quyết định đến sự phát triển trẻ đẻ non để đuổi kịp trẻ đủ tháng. Điều đó đòi hỏi sự nỗ lực của cả gia đình và cơ sở y tế.

**1. Tiêu chuẩn ra viện:** Chỉ cho ra viện khi trẻ đáp ứng các tiêu chuẩn sau:

- Đạt kết quả tốt trong thời gian áp dụng PPCGR tại bệnh viện
- Đã tăng cân đạt mức 15g/ngày
- Bệnh đã khỏi hoặc ổn định, được bác sĩ điều trị đồng ý cho ra viện
- Bú mẹ được hoặc phản xạ nuốt tốt.
- Gia đình đăng ký tự nguyện tiếp tục chăm sóc trẻ theo PPCGR ngoại trú và hợp tác đưa trẻ đến khám đúng hẹn

**2. Khám trẻ trước khi ra viện:** Trẻ sơ sinh nhất là trẻ đẻ non thường có diễn biến bất thường nên nhất thiết phải khám lại trẻ trước khi ra viện để bảo đảm chắc chắn là các biểu hiện lâm sàng đã thuyên giảm, đủ các tiêu chuẩn chuyên môn cho ra viện. Sau khi khám trẻ, xác định là trẻ đủ tiêu chuẩn ra viện, cần thông báo cho gia đình các vấn đề sau:

- Tình trạng của trẻ
- Giải thích các quy định về thủ tục ra viện
- Nhấn mạnh với bà mẹ rằng vì là trẻ đẻ non nên sau khi ra viện trẻ cần được chăm sóc và theo dõi chặt chẽ theo hướng dẫn của khoa phòng

**3. Lập hồ sơ:**

- Hồ sơ lâm sàng chi tiết, đầy đủ quá trình điều trị, các xét nghiệm cần thiết và đánh giá của chuyên khoa mắt.
- Giấy đăng ký tự nguyện của gia đình đồng ý tiếp tục thực hiện PPCGR ngoại trú theo chương trình
- Có sổ theo dõi sức khỏe cho trẻ: Với các đề mục về quá trình nằm viện, tiền sử sản khoa, quá trình theo dõi phát triển tinh thần, thể chất, các bệnh mắc phải và điều trị, lịch tiêm chủng đã tiến hành cho trẻ...

**4. Hướng dẫn bà mẹ trước khi ra viện:**

- Nhắc lại tầm quan trọng của việc tiếp tục bé, ấp trẻ ở vị trí CGR
- Chuẩn bị quần áo cần thiết cho mẹ, con
- Tư thế đúng cho mẹ và trẻ khi cho bú mẹ hoặc ăn bằng cốc, thìa.
- Không đặt trẻ ở tư thế nằm ngang.

- Động viên gia đình (bố, ông, bà, anh, chị...) tham gia giúp đỡ người mẹ chăm sóc trẻ, để tăng cường mối tương tác giữa gia đình với trẻ và giúp người mẹ thỉnh thoảng được nghỉ ngơi, thư giãn.
- Hướng dẫn bà mẹ cho con dùng đúng theo đơn của Bác sĩ.
- Dặn bà mẹ nếu cần giúp đỡ để hiểu biết hơn và tự tin hơn sẽ đến trung tâm chăm sóc trẻ bằng PPCGR để được trợ giúp.
- Hẹn khám lại theo lịch:
  - + Nếu trẻ phải ra viện khi cân chưa tăng 15g/ngày thì cho khám lại hàng ngày.
  - + Nếu trẻ đã tăng cân tốt thì hẹn khám lại mỗi tuần 1 lần cho đến khi được 40 tuần tuổi thai.
  - + Sau đó khám lại 1 tháng 1 lần cho đến khi đạt 3 tháng tuổi kể từ khi đẻ.
  - + Tiếp đó khám lại 2 tháng 1 lần tới khi được 6 tháng tuổi.
  - + Từ 6 tháng đến 1 tuổi cho trẻ khám lại 3 tháng 1 lần
  - + Khi trẻ đột xuất có vấn đề gì xảy ra, phải khẩn cấp liên hệ với BS của chương trình CSBMKGR, hoặc BS nhi khoa để được điều trị kịp thời.
  - + Hướng dẫn cho bà mẹ biết một số dấu hiệu nguy hiểm, nếu thấy trẻ có một trong các dấu hiệu này phải cho đến khám ngay:
    - Li bì.
    - Bỏ bú hoặc ăn
    - Nôn nhiều
    - Khó thở
    - Sốt trên 38<sup>0</sup> C hoặc hạ thân nhiệt dưới 36<sup>0</sup>C.
    - Phân có máu
    - Bụng chướng căng.
    - Rốn sưng, tấy đỏ lan rộng.

**Kết luận:** Việc cho trẻ ra viện, nhất là trẻ đẻ non có áp dụng PPCGR cần phải hết sức thận trọng và chu đáo. Cho trẻ ra viện đúng thời điểm bảo đảm an toàn cho trẻ, giúp trẻ hồi phục sức khỏe nhanh, tiếp tục lớn lên và phát triển bình thường.

## BÀI 10

### THỰC HIỆN PHƯƠNG PHÁP CHĂM SÓC CĂNG GU RU NGOẠI TRÚ VÀ THEO DÕI PHÁT TRIỂN CỦA TRẺ

**1. Khám và theo dõi trẻ thực hiện phương pháp Căng gu ru ngoại trú:** Thời điểm trẻ đẻ non đạt được tới tuổi thai đủ tháng 40 tuần là thời điểm rất quan trọng. Đây chính là ngày dự kiến đẻ của trẻ nếu trẻ được đẻ đủ tháng.

#### Lịch khám ngoại trú

*Nguyên tắc:* Khi đưa trẻ có bất cứ vấn đề gì đột xuất xảy ra, người mẹ hoặc người chăm sóc trẻ phải khẩn cấp liên hệ với bác sỹ của chương trình chăm sóc trẻ bằng phương pháp căng gu ru hoặc bác sỹ nhi để xin ý kiến chăm sóc điều trị cho trẻ kịp thời.

- Trẻ phải được đưa đến thăm khám, chăm sóc hàng ngày tại phòng khám hoặc Trung tâm CGR, cho tới khi trẻ tăng cân ít nhất 10-15g/kg/ngày. Trẻ tăng cân tốt hơn có thể đến khám, chăm sóc thưa hơn.
- Nếu trẻ tăng cân đều (ít nhất 15 - 20 g/kg/ngày), trẻ cần đến khám ít nhất 1 lần trong 1 tuần cho tới khi trẻ được 40 - 41 tuần thai.
- Khi trẻ đủ 40 - 41 tuần thai, trẻ cần được đưa đến khám theo " Lịch chăm sóc trẻ đẻ nhẹ cân" như sau:
  - + Một tháng 1 lần cho đến khi trẻ được 3 tháng tuổi đã chỉnh.
  - + Một tháng rưỡi đến 2 tháng 1 lần từ 3 tháng đến 6 tháng tuổi đã chỉnh.
  - + Ba tháng 1 lần từ 6 tháng đến 12 tháng tuổi đã chỉnh.
- Sau năm đầu tiên chăm sóc theo dõi trẻ tại "phòng khám CGR ngoại trú", khuyến khích các gia đình nên tiếp tục theo dõi sức khỏe và sự phát triển thần kinh-vận động-tâm lý cho trẻ tại đây.

#### 2. Mục tiêu thăm khám theo dõi sức khỏe ngoại trú

- Theo dõi quá trình phát triển thể cân nặng, chiều dài và vòng đầu của trẻ theo tiêu chuẩn quốc gia.
- Thăm khám lâm sàng toàn diện. Trẻ rất nhỏ/yếu thì phải thăm khám ở tư thế chống trào ngược cho trẻ hoặc đặt trẻ nằm trên bàn có độ dốc để đầu trẻ luôn cao hơn thân mình trẻ. Thời gian khám không nên kéo dài để tránh hạ thân nhiệt trẻ.
- Phát hiện sớm các vấn đề mà cần phải thăm khám chuyên khoa, đặc biệt các vấn đề cần phải hỗ trợ vật lý trị liệu.
- Kiểm tra và theo dõi khám chuyên khoa mắt, hoặc điều trị vật lý đầy đủ.
- Kiểm tra và thực hiện tiêm chủng đầy đủ cho trẻ.

#### 3. Theo dõi sự phát triển tâm - vận động

- Phải thực hiện đánh giá sự phát triển thần kinh cho trẻ vào các thời điểm trẻ được 3, 6, 9 và 12 tháng tuổi đã chỉnh. Cần sử dụng test INFANIB để sàng lọc tình trạng thần kinh cho trẻ. Trẻ có chỉ số trung gian hoặc không bình thường qua test INFANIB phải được chuyển tới chuyên khoa thần kinh và VLTL để được khám và điều trị đầy đủ.

- Phải đánh giá thần kinh - vận động cho trẻ vào các thời điểm 3,6, 9 và 12 tháng bằng thang đánh giá cho điểm thích hợp, có giá trị, chính xác và khoa học.
- Cần đánh giá mối tương tác mẹ - con bằng những dụng cụ thích hợp, có giá trị chính xác và khoa học.

#### 2.4. Lịch tiêm chủng

1 tháng	VG B lần 1
2 tháng	VG B lần 2 DPT và Sabin lần 1
3 tháng	VG B lần 3
4 tháng	DPT và Sabin lần 2
5 tháng	BCG
6 tháng	DPT và Sabin lần 3
9 - 12 tháng	Sởi
15 - 18 tháng	Tiêm VG B nhắc lại DPT, Sabin nhắc lại Viêm não Nhật Bản B

Đơn vị:

**BẢNG THEO DÕI HÀNG NGÀY CHO BỆNH NHÂN CHĂM SÓC BÀ MẸ CĂNG-GU-RU**

Khoa Sơ sinh

Ngày: ..... Họ tên bệnh nhân: .....Giới: .....

\*\*\*\*\*

Tuổi đẻ: ..... ngày. Tuổi thực: ..... Cân nặng: .....

Chỉ số theo dõi	Theo dõi theo giờ																								Cộng
	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	
Nhiệt độ																									
Nhịp thở																									
Tím tái																									
Nôn																									
Đái																									
ỉa																									
<b>Chăm sóc Bà mẹ Căng-gu-ru</b>																									
Tư thế căng-gu-ru																									
Tiếp xúc da-kề-da																									
Người CSCGR																									
Bú mẹ																									
Sữa mẹ/sonde																									
Sữa mẹ/đỗ thìa																									
<b>Thuốc</b>																									
Theophyline 5 % <sub>o</sub>																									

**Đơn vị:**

### BẢNG ĐÁNH GIÁ TUỔI THAI CỦA FINSTROM

Họ tên bệnh nhân:

Ngày sinh:

Ngày tính tuổi thai:

Người đánh giá:

Giới: 1.Trai 2.Gái

Kì kinh cuối cùng của mẹ:

Tuổi thai theo KKCC:

Chẩn đoán:

Phân loại Luchenco:

<b>Dấu hiệu</b>	<b>Điểm chuẩn</b>	<b>Cách đánh giá</b>	<b>Điểm BN</b>
Tổ chức vú	1	Rộng 5 mm	
	2	Rộng 5 - 10 mm	
	3	Rộng > 10 mm	
Núm vú	1	Khó thấy	
	2	Xác định rõ	
	3	Vòng sắc tố nổi cao	
Mạch máu dưới da	1	Mạch máu lớn dễ thấy trên bụng	
	2	Vài tĩnh mạch và vài nhánh thấy được	
	3	Thấy rất ít mạch máu	
	4	Không nhìn thấy mạch máu	
Tính chất tóc	1	Mỏng và mềm như len dài (<2 cm)	
	2	Dày và mượt như lụa dài (> 2 cm)	
Móng tay	1	Chưa trùm kín đầu ngón tay	
	2	Trùm kín đầu ngón tay, nhưng đầu móng không rõ ràng	
	3	Trùm kín hoặc trùm quá ngón tay và móng cứng rõ ràng	
Sụn vành tai	1	Không có sụn ở phía dưới vành tai	
	2	Có sụn ở phần dưới vành tai	
	3	Có sụn ở phần ngoài vành tai	
	4	Có sụn ở toàn bộ vành tai kể cả vành tai ngoài	
Nếp gan bàn chân	1	Không có	
	2	Không có ở 2/3 dưới của gan bàn chân	
	3	Có một số nếp ở 2/3 trên của gan bàn chân	
	4	Có nếp ở toàn bộ gan bàn chân	
<b>Tổng cộng điểm</b>			

<b>Điểm</b>	<b>Tuổi thai (tuần)</b>	<b>Điểm</b>	<b>Tuổi thai (Tuần)</b>	<b>Kết luận tuổi thai của trẻ (tuần)</b>
7	27	15 - 16	35 - 36	
8	28	17 - 18	37 - 38	
9 - 10	29 - 30	19 - 20	39 - 40	
11 - 12	31 - 32	21 - 22	41 - 42	
13 - 14	33 - 34	23	43	



Đơn vị:

Họ và tên trẻ:.....

Chẩn đoán:.....

Bảng điểm Chăm sóc Bà mẹ Kangaroo hàng ngày				Thứ →							
Chế độ Chăm sóc:		Nuôi dưỡng bằng sữa mẹ [ ]		KMC đã bắt đầu 24h: Ngày ...../...../.....	1	2	3	4	5	6	7
Số hồ sơ:		Nuôi dưỡng bằng sữa CT[ ]									
Đánh giá	Điểm			Cân nặng →							
	0	1	2	Ghi chú							
Hỗ trợ của gia đình	Không được giúp đỡ, hỗ trợ	Đôi khi được giúp đỡ, hỗ trợ	Được giúp đỡ, hỗ trợ tốt								
Khả năng tiết sữa của người mẹ	Vắt sữa được 0-10 ml	Vắt sữa được 10-20 ml	Vắt sữa được 20-30 ml	<i>Phải đạt đủ 2 điểm khi ra viện. Không đánh giá nếu trẻ ăn sữa CT</i>							
Đặt trẻ ở vị trí kangaroo và tư thế cho con bú mẹ	Luôn luôn cần hỗ trợ	Đôi khi cần hỗ trợ	Không cần hỗ trợ	<i>Không đánh giá nếu trẻ ăn sữa công thức</i>							
Khả năng bú mẹ của trẻ	Trẻ bị mệt rất nhanh	Bị mệt không thường xuyên	Trẻ bú mẹ giỏi								
Sự tự tin của người mẹ: khi cho con bú, lau rửa, thay tã lót cho con...	Luôn luôn cần hỗ trợ	Đôi khi cần hỗ trợ	Không cần hỗ trợ								
Tăng cân của trẻ hàng ngày	0-10g	10-20g	20-30g	<i>Phải đạt từ 1 -2 điểm trong vài ngày liền trước khi ra viện</i>							
Sự tự tin của người mẹ: khi cho con uống thuốc	Không tự tin	Tự tin ít	Rất tự tin								
Kiến thức về KMC	Chưa hiểu biết	Hiểu biết ít	Hiểu biết tốt								
Sự chấp nhận và thực hiện KMC	Không chấp nhận thực hiện KMC	Chấp nhận và thực hiện 1 phần KMC	Chấp nhận và thực hiện KMC tốt	Tự nguyện thực hiện KMC mà không cần nhắc nhở							
Sự tự tin của người mẹ khi chăm sóc con tại nhà	Cảm thấy không tự tin	Cảm thấy chưa tự tin lắm	Rất tự tin								
<b>Tổng số điểm/ngày</b>											

Tiêu chuẩn ra viện: ■ Nuôi con bằng sữa mẹ: mẹ và con đạt  $\geq 19$  điểm    ■ Nuôi trẻ bằng sữa công thức: mẹ và con đạt  $>15$  điểm

# BỘ Y TẾ

ĐƠN VỊ: .....

## HỒ SƠ THEO DÕI SỨC KHOẺ TRẺ CSBMCGR

### Số hồ sơ:

Họ và tên trẻ:

Ngày sinh (tuổi đẻ):

Tuổi thai theo NKCC: ..... tuần, ..... ngày. Cân nặng khi sinh: ..... gr.

Tuổi thai theo Finstrom: ..... tuần.

Phân loại theo Luchenco: **1.** (P - AGA). **2.** (P - SGA). **3.** (T - SGA) **4.** (Post T - SGA)

Bệnh đã mắc:

### Số bệnh án:

Giới: **1.** Trai **2.** Gái

Ngày dự kiến đẻ (tuổi thực):

Tuổi thai theo Ballard: ..... tuần.

Họ tên mẹ:

Họ tên bố:

Địa chỉ gia đình:

Điện thoại:

Khoảng cách từ nhà đến Trung tâm CSBMCGR:..... km.

Phương tiện đi lại thường dùng:

Ngày bắt đầu thực hiện CSBMCGR:	
Tuổi bắt đầu thực hiện CSBMCGR:	ngày tuổi.
Ngày ra viện:	Tổng số ngày CSBMCGR tại BV:
Bác sĩ điều trị chính:	
Y tá chăm sóc chính:	
Ngày nhập tin lần 1:	Người nhập tin lần 1:

Ngày khám	Tuổi đẻ	Tuổi thực	Cân (g/kg)	C. dài (cm)	V. đầu (cm)	<b>Đánh giá chung và tình trạng dinh dưỡng</b> (Tăng cân/kg/ngày; Bú mẹ/ăn thêm gì? Thuốc gì? Vấn đề đặc biệt? Bác sĩ kí tên)	<b>Đánh giá môi trường tác Mẹ - Con</b>

**Hoàn cảnh gia đình**

**Người mẹ:** Tuổi/năm sinh:..... Nghề nghiệp: .....

Trình độ văn hoá:..... Địa chỉ .....

Tình trạng hôn nhân: 1. Có chồng 2. Không có chồng 3. Li hôn 4. Góa

Hoàn cảnh kinh tế: 1- Đói 2- Nghèo 3- Trung bình 4- Giàu

Tổng số người trong gia đình:..... Số con hiện nay (tuổi, giới):.....

**Người bố:** Tuổi:..... Nghề nghiệp:.....

Trình độ văn hoá:..... Địa chỉ .....

Sau khi cháu ra viện, ai sẽ giúp đỡ chăm sóc cháu tại nhà? .....

Điều kiện áp dụng Căng-gu-ru tại nhà: 1-Tốt 2- TBình 3- Chưa chắc chắn

Vấn đề đặc biệt khác: .....

**Thời gian có thai và chăm sóc trước đẻ của người mẹ**

Cân trước khi có thai:..... kg. Cân trước khi đẻ:.....Chiều cao:..... cm.

**Số lần có thai:**..... Đẻ thường:..... Mô đẻ:..... Nạo thai: .....

Thai chết lưu và sảy thai:..... Đẻ non: .....

Số con sống:..... Số con chết:.....(tuổi, giới, nguyên nhân chết): .....

Khoảng cách từ lần đẻ trước tới lần đẻ này:..... tháng.

**Ngày có kinh cuối cùng**(dương lịch)..... **Ngày dự kiến đẻ:**.....

Số lần khám thai: Quý1: ....Quý 2: ..... Quý 3:.....Nơi khám:.....

Số lần tiêm phòng uốn ván:..... Nơi tiêm.....

**Sức khoẻ trong thời gian mang thai:** .....

Nếu có bệnh ghi rõ bệnh gì? đã điều trị ở đâu? Kết quả?

Các xét nghiệm trong thời gian có thai:(nếu có, ghi kết quả kèm theo):

Nhóm máu:..... Rh:.....XN khác:.....

**Các thuốc đã sử dụng trong thời gian có thai:**

**Thông tin về cuộc đẻ**

Nơi đẻ:.....**Kiểu đẻ:** 1- Đẻ thường. 2- Mô đẻ. 3- Giác hút.

Lí do đẻ khó:.....

Ngôi thai: 1-Ngôi đầu..... 2-Ngôi ngang.....3- Ngôi ngược.....

Thời gian chuyển dạ:.....giờ. Thời gian vỡ ối:..... giờ.

**Lượng nước ối:** 1- Bình thường. 2- Đa ối. 3- Thiếu ối.

**Tính chất nước ối:** 1- Trong. 2-Bẩn. 3- Nhiễm phân su.

**Theo dõi tim thai trong cuộc đẻ:** 1-Bình thường. 2-Chậm. 3-Nhanh

Chẩn đoán cuộc đẻ: .....

Thuốc sử dụng trong cuộc đẻ:.....

**Tâm lý sản phụ:** Toại nguyện: không  có  Tại sao?.....

Lo lắng: không  có  Tại sao?.....

Sợ hãi: không  có  Tại sao?.....

An tâm: không  có  Tại sao?.....

**Khám sơ sinh ngay sau đẻ**

Tuổi thai theo NKCC:.....tuần. Tuổi thai theo Finstrom:.....tuần.

Cân:.....g. Chiều dài:..... cm. Vòng đầu:.....cm.Giới:.....

**Apgar:** *Phút thứ 1:*..... *Phút thứ 5:*..... *Phút thứ 15:*.....

**Điểm Sigtunar:** *Phút 1:*..... *Phút 5:*..... *Phút 15:*.....

**Hồi sức cấp cứu:** 1- Có. 2- không. Nơi HSCC:.....

Phương pháp cấp cứu:.....

Chẩn đoán:.....

Nơi chăm sóc/điều trị cho trẻ sau đẻ:.....

**Điều trị tại bệnh viện sau đẻ**

Tên bệnh viện: .....Ngày VV:.....Ngày RV.....

Số ngày nằm lồng ấp:..... Số ngày phải sử dụng Oxy:.....

Bảng máy thở:..... CPAP:.....Hood:.....Trong lồng ấp:.....Qua sonde.....

Số ngày phải chiếu đèn:..... Số lần truyền máu:.....Số lần truyền dịch:.....

Nuôi dưỡng: đườngTM..... ngày. Qua sonde ..... ngày. Phối hợp ..... ngày.

Loại sữa: Sữa mẹ  Sữa xin mẹ khác  Sữa bò Sữa phối hợp

Điều trị đặc biệt khác:.....

.....Xét

nghiệm: Hb:..... Hematocrit:.....Nhóm máu:..... Rh .....

Bilirubin tự do: .....

Chẩn đoán:.....

**Áp dụng điều trị Căng-gu-ru tại bệnh viện**

Số ngày áp dụng điều trị Căng-gu-ru tại BV:..... ngày.

Thời gian áp CGR /ngày..... giờ. Loại dụng cụ hỗ trợ:.....

Người chăm sóc trẻ bằng phương pháp Căng-gu-ru:.....

Nuôi dưỡng: TM..... ngày. Qua sonde ..... ngày. Phối hợp ..... ngày.

Loại sữa: Sữa mẹ  Sữa xin mẹ khác  Sữa bò Sữa phối hợp

Theo dõi cân nặng: tăng/giảm (g/ngày):.....

Điều kiện áp dụng phương pháp CGR tại BV:1- Tốt 2- Trung bình 3- Kém

Ngày chuyển TT CGR: .....Cân nặng: .....

Vấn đề đặc biệt cần quan tâm hỗ trợ người mẹ và gia đình: .....

.....

<b>I. Kiểm tra các giai đoạn phát triển đặc biệt trong năm đầu (theo tuổi thực)</b>				
<b>40 tuần thai:</b> Vẫn tham gia CTBMC: 1. Có. 2. Không. Tuổi ra khỏi tư thế Căng-gu-ru (ngày):				
<b>Cân:</b> <b>C.dài:</b> <b>V.đầu:</b>	Cân đã tăng: Chiều cao đã tăng: Vòng đầu đã tăng: Ăn sữa: Số lần ăn/ngày: Cách cho ăn:	Số lần khám: Thuốc đang uống: <i>Sắt:</i> <i>MultiVitamin:</i> <i>Vit.D3:</i> <i>Thuốc khác:</i>	Số lần dùng KS: Chẩn đoán:	Số lần vào viện: Số ngày: Tuổi: Chẩn đoán:
<b>3 tháng:</b> Tuổi ra khỏi tư thế Căng-gu-ru (ngày):				
<b>Cân:</b> <b>C.dài:</b> <b>V.đầu:</b>	Cân đã tăng: Chiều cao đã tăng: Vòng đầu đã tăng: Ăn sữa: Số lần ăn/ngày: Cách cho ăn:	Số lần khám: Thuốc đang uống: <i>Sắt:</i> <i>MultiVitamin:</i> <i>Thuốc khác:</i>	Số lần dùng KS: Chẩn đoán:  <b>INFANIB test:</b>	Số lần vào viện: Số ngày: Tuổi: Chẩn đoán:
<b>6 tháng:</b> <b>Cân:</b> <b>C.dài:</b> <b>V.đầu:</b>	Ăn sữa: Số lần ăn/ngày: Thức ăn bổ xung: Cách cho ăn:	Số lần khám: Thuốc đang uống: <i>Sắt:</i> <i>MultiVitamin:</i> <i>Thuốc khác:</i>	Số lần dùng KS: Chẩn đoán:  <b>INFANIB test:</b>	Số lần vào viện: Số ngày: Tuổi: Chẩn đoán:
<b>9 tháng:</b> <b>Cân:</b> <b>C.dài:</b> <b>V.đầu:</b>	Ăn sữa: Số lần bú chai/ngày: Số lượng sữa: Thức ăn khác: Số lần khám:	Số lần khám: Thuốc đang uống: <i>Sắt:</i> <i>MultiVitamin:</i> <i>Thuốc khác:</i>	Số lần dùng KS: Chẩn đoán:  <b>INFANIB test:</b>	Số lần vào viện: Số ngày: Tuổi: Chẩn đoán:
<b>12 tháng:</b> <b>Cân:</b> <b>C.dài:</b> <b>V.đầu:</b>	Ăn sữa: Số lần bú chai/ngày: Số lượng sữa: Thức ăn khác: Số lần khám:	Số lần khám: Thuốc đang uống: <i>Sắt:</i> <i>MultiVitamin:</i> <i>Thuốc khác:</i>	Số lần dùng KS: Chẩn đoán:  <b>INFANIB test:</b>	Số lần vào viện: Số ngày: Tuổi: Chẩn đoán:

II. Tiêm chủng		Ngày tiêm phòng của từng đợt					Người thực hiện
		1	2	3	4	5	
DPT							
Sabin							
BCG							
Sởi							
Viêm gan B							
Viêm não NB B							
Khác							
III. Thăm tại nhà					Tên người mẹ:		
Điều kiện sống của gia đình:		1. Tốt 2. Trung bình 3. Kém.					
Ngày							

Ngày: ..... Tuổi đẻ: ..... Tuổi thai:.....

Cân nặng:..... Tăng/giảm cân : .....

Người chăm sóc trẻ của gia đình: 1. Mẹ 2. Bố 3. Bà 4. Khác

Giờ	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	2	4	6	Cộng
Da-kê-da														
Bú mẹ														
Sữa mẹ đổ thìa														
Sữa mẹ qua sonde														
<b>Thuốc</b>														
<i>Theophylin</i>														
<i>Ô xy</i>														
<b>Theo dõi khác</b>														
Đái														
ỉa														
Tím tái														
Nôn														

Nhận xét của mẹ và gia đình: .....

.....  
.....

Ngày: ..... Tuổi đẻ: ..... Tuổi thai:.....

Cân nặng:..... Tăng/giảm cân : .....

Người chăm sóc trẻ của gia đình: 1. Mẹ 2. Bố 3. Bà 4. Khác

Giờ	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	2	4	6	Cộng
Da-kê-da														
Bú mẹ														
Sữa mẹ đổ thìa														
Sữa mẹ qua sonde														
<b>Thuốc</b>														
<i>Theophylin</i>														
<i>Ô xy</i>														
<b>Theo dõi khác</b>														
Đái														
ỉa														
Tím tái														
Nôn														

Nhận xét của mẹ và gia đình: .....

.....  
.....

Tiếp xúc da-kê-da ở trên ngực mẹ

Hỗ trợ người mẹ cho hai trẻ đẻ non, sinh đôi bú mẹ

ĐƠN VỊ:

## SỔ THEO DÕI SỨC KHOẺ HÀNG NGÀY CHO TRẺ ĐẸ NON/NHẸ CÂN

Họ tên trẻ:.....

Ngày sinh: ..... Giới: .....

Chẩn đoán : .....

Họ và tên mẹ: .....

Địa chỉ: .....

## CÁC NGUYÊN TẮC CHĂM SÓC BÀ MẸ KANGAROO

### 1. Tiếp xúc da-kê-da giữa mẹ và con (ÁP MẸ)

- Đặt trẻ nằm xấp da-kê-da giữa 2 bầu vú mẹ, như con ếch bám trên ngực mẹ.
- Người mẹ nằm ở tư thế đầu cao để trẻ luôn ở tư thế thẳng đứng.
- Thời gian tiếp xúc da-kê-da: 24/24 giờ.

### 2. Nuôi con bằng sữa mẹ (BÚ MẸ)

- Bú mẹ sớm trong vòng một giờ đầu sau đẻ
- Cho trẻ bú mẹ đều 14 – 16 lần/ngày (cả ngày và đêm)
- Bú mẹ hoặc cho trẻ ăn hoàn toàn bằng sữa mẹ

### 3. Vệ sinh, tránh nhiễm khuẩn cho trẻ (VỆ SINH MẸ & CON)

- Lau rửa vệ sinh từng phần cơ thể cho trẻ, không tắm toàn thân
- Đồ dùng (khăn, tã, lót) cho trẻ có đủ và đảm bảo vệ sinh
- Người mẹ và người chăm sóc trẻ đảm bảo vệ sinh theo hướng dẫn: vệ sinh thân thể và quần áo; luôn rửa tay xà phòng trước và sau khi chăm sóc trẻ.
- Người nhà không vào thăm trẻ trong buồng bệnh.

## NHỮNG ĐIỀU KHÔNG ĐƯỢC LÀM KHI TRẺ ĐANG ĐƯỢC CHĂM SÓC BÀ MẸ KANGAROO

1. KHÔNG đặt trẻ ở tư thế nằm ngang
2. KHÔNG tắm khi trẻ vẫn ở vị trí cẳng-gu-ru
3. KHÔNG quấn, bó khăn quanh người trẻ
4. KHÔNG chuyển sang bế trẻ bằng tay quá nhiều



5. KHÔNG cho trẻ bú bằng chai khi trẻ có thể bú mẹ được.

6. KHÔNG cho bất kì người ồm nào tiếp xúc với trẻ.

### HƯỚNG DẪN THEO DÕI VÀ GHI CHÉP VÀO SỔ THEO DÕI SỨC KHOẺ HÀNG NGÀY CHO TRẺ

**Mục đích:** *Người mẹ và gia đình phối hợp với cán bộ Y tế để cùng điều trị và chăm sóc cho trẻ đạt kết quả tốt nhất.*

#### **Nội dung theo dõi và ghi chép:**

1. Thực hiện tốt các nguyên tắc chăm sóc trẻ ở trang bên.
2. Thông tin ngay cho y tá, bác sĩ nếu trẻ có diễn biến khác thường để kịp thời xử trí.
3. Ghi chép chi tiết các chăm sóc của người mẹ và gia đình thực hiện cho trẻ theo giờ trong ngày:
  - Gạch nối \_\_\_ giờ thực hiện tiếp xúc da-kề-da (ấp mẹ)
  - Đánh dấu X mỗi lần cho trẻ bú mẹ hoặc ăn sữa mẹ đồ thìa hoặc ăn phối hợp.
  - Đánh dấu X mỗi lần trẻ đại, ỉa, nôn/trớ ....
  - Tổng cộng các chăm sóc trên vào 6 giờ sáng hàng ngày.
  - Ghi nhận xét khác (nếu có).

Người mẹ và gia đình hãy dành hết tình cảm và thực hiện chăm sóc đúng theo hướng dẫn khoa học

của cán bộ Y tế để đạt kết quả tốt nhất  
cho trẻ đẻ non/nhẹ cân này.

Ngày: ..... Tuổi đẻ: ..... Tuổi thai:.....

Cân nặng:..... Tăng/giảm cân : .....

Người chăm sóc trẻ của gia đình: 1. Mẹ 2. Bố 3. Bà 4. Khác

Giờ	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	2	4	6	Cộng
<b>Da-kê-da</b>														
<b>Bú mẹ</b>														
<b>Sữa mẹ đổ thìa</b>														
<b>Sữa mẹ qua sonde</b>														
<b>Thuốc</b>														
<i>Theophylin</i>														
<b>Theo dõi khác</b>														
<b>Đái</b>														
<b>ỉa</b>														

Nhận xét của mẹ và gia đình: .....

Ngày: ..... Tuổi đẻ: ..... Tuổi thai:.....

Cồn nặng:..... Tăng/giảm cồn : .....

Người chăm sóc trẻ của gia đình: 1. Mẹ 2. Bố 3. Bà 4. Khác

Giờ	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	2	4	6	Cộng
<b>Da-kê-da</b>														
<b>Bú mẹ</b>														
<b>Sữa mẹ đổ thìa</b>														
<b>Sữa mẹ qua sonde</b>														
<b>Thuốc</b>														
<i>Theophylin</i>														
<b>Theo dõi khác</b>														
<b>Đái</b>														
<b>ỉa</b>														

Nhận xét của mẹ và gia đình: .....

