

* Với chiều cao thân răng lâm sàng, về phía cạnh cắn của răng, điểm cao nhất không phải lúc nào cũng nằm trên mặt phẳng trục thân răng, trong khi đó cả thước kẹp và phần mềm Ceramill Mind đều không thể dựng được mặt phẳng cần vuông góc với trục răng do đó việc đo đặc chiều cao thân răng lâm sàng trong nghiên cứu này của chúng tôi chọn là khoảng cách từ điểm thấp nhất trên bờ viền nướu rời mặt ngoài đến cạnh cắn theo trục thân răng. Kích thước này ít được sử dụng trong các tài liệu hơn vì nó bị thay đổi bởi độ mòn, do đó một kết quả được cho là khách quan sẽ khó thu nhận được. Dù là mòn mặt bên hay mòn mặt nhai thì cả hai đều làm sai lệch các kích thước và chúng cần được loại ra khỏi các nghiên cứu về đo đặc. Một điều cần lưu ý là trên miệng và mẫu hàm lấy dấu từ miệng thì đường cơ răng là cổ răng sinh lý phụ thuộc vào các yếu tố thay đổi sinh lý và bệnh lý của nướu⁽²⁾.

* Tất cả các giá trị kích thước ngoài trong ở tất cả các răng đo được trên laser và đo thước đều không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, sự khác biệt nếu có chỉ trong khoảng từ 0,01mm đến 0,03 mm. Với kích thước ngoài trong, trong nghiên cứu của chúng tôi lựa chọn là khoảng cách ngoài trong tối đa được lấy vuông góc với chiều gần xa khi nhìn từ phía mặt nhai và tương tự ở hai phương pháp. Vì kích thước ngoài trong ít chịu ảnh hưởng của đặc điểm cung răng có chen chúc hay không ngoài trừ những răng xoay 90° trên cung hàm, đồng thời mặt ngoài và mặt trong là những vùng được quét và số hóa chính xác lên mô hình 3D⁽⁶⁾. Chính vì vậy các điểm mốc xác định kích thước ngoài trong được ghi nhận trên mẫu hàm và mô hình 3D không có sự khác biệt đáng kể.

IV. KẾT LUẬN

- Ở cả hai phương pháp đo chiều cao thân răng, kích thước ngoài trong đều cho thấy tính chất đối xứng qua hai phần hàm.

- Chiều cao thân răng lâm sàng đo bằng laser scanner thì nhỏ hơn bằng thước kẹp có ý nghĩa thống kê.

- Kích thước ngoài trong không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa hai phương pháp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lavelle CLB. (1968), "Anglo-Saxon and modern British teeth". Journal of Dental Research 47: 811- 815.
2. Mi-young Lim et al (2009), "Comparison of model analysis measurements among plaster model, laser scan digital model, and cone beam CT image". Department of Orthodontics, School of Dentistry, Chosun University, 421, Seoseok-dong, Dong-gu, Gwangju 501-717, Korea.
3. Moawia A.A., Abdelhakim A El-Gheriani and Donald J Ferguson (2015), "Validity of 3 Shape Scanner Techniques: A Comparison with the Actual Plaster Study casts". Biometrics & Biostatistics International Journal.
4. Moorrees CFA., Selma Thomsen, Elli Jensen, Pooor Kai-Jen Yen (1957), "Mesiodistal crown diameters of the deciduous and permanent teeth in individuals", J.D.Res.
5. Richardson ME., Adams CP., & Mc Cartney TPG., (1963), "An Analysis of Tooth Measuring Methods on Dental Casts". Euro. Ortho. Soc.pp.285-301.
6. Santoro M., Galkin S., Teredesai M., Nicolay OF., Cangialosi TJ.(2003). "Comparison of measurements made on digital and plaster models". Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2003;124(1):101-5
7. Vallapureddy R. R. (1985), *Dental Anthropology: Application and Methods*.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA UNG THƯ VÒM VÀ TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG CỦA NGƯỜI BỆNH TRONG CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ

TÓM TẮT

Ung thư vòm là loại ung thư có tỷ lệ cao nhất trong số các ung thư đầu mặt cổ tại Việt Nam. Giới

Phạm Thị Bích Đào¹, Phạm Thị Bích Thủy²

phẫu bệnh ung thư vòm 75% - 85% là biểu mô không biệt hoá vì thế điều trị chủ yếu là xạ trị và hóa chất, tuy nhiên liệu tia cũng như phác đồ điều trị hóa chất phụ thuộc nhiều yếu tố nhưng trong đó tình trạng dinh dưỡng của người bệnh đóng vai trò quyết định. Nghiên cứu thực hiện trên 120 bệnh nhân được điều trị ung thư vòm mũi họng bằng tia xạ và/ hoặc hóa chất kết hợp. Kết quả nam-nữ: 82,3%-17,7%. Tuổi: 47,2 (SD 16,5). Số bệnh nhân sụt giảm trên 10% trọng lượng cơ thể trong 1 tháng chiếm 55,8%, giảm dưới 5% trọng lượng cơ thể trong 1 tháng là 11,7%. Chỉ số (BMI) của bệnh nhân ung thư vòm mũi họng < 18,5 kg/m², 18,5 - 24,9 kg/m², > 25 kg/m². Lượng

¹ Trường Đại học Y Hà Nội

² Bệnh viện Tai Mũi Họng TW

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Bích Đào

Email: daoent@yahoo.com

Ngày nhận bài: 14/11/2016

Ngày phản biện khoa học: 8/12/2016

Ngày duyệt bài: 27/12/2016

Protein đưa vào cơ thể bệnh nhân ung thư vòm 78,8% dưới 1,5g/kg, 21,2% trên 1,5g/kg. Lượng Calo đưa vào cơ thể trung bình 35kcal/kg là 12,2%. Các yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân ung thư vòm mũi họng: chứng chán ăn 13,3%, nuốt khó 74,2%, nuốt đau 80,8%, nôn 42,5%. BMI trung bình (SD) Giai đoạn I -II 22,3 (2,1) Giai đoạn III - IV 21,2 (2,7) Albumin trung bình (SD) Giai đoạn I - II 38,5(7,6) Giai đoạn III - IV 36,5 (7,9) Kcal trung bình (SD) Giai đoạn I -II 39,2 (6,1) Giai đoạn III - IV 34,5 (13,3) Protein g/kg) Giai đoạn I -II 1,4 (0,3) Giai đoạn III - IV 1,03 (0,34). BMI trung bình (SD) IVB và muộn hơn 21,6 (2,4) IVC 19,3(2) Albumin trung bình (SD) IVB và muộn hơn 37,7 (7,6) IVC 29(4,6) Kcal trung bình (SD) IVB và muộn hơn 38,9(9,5) IVC 34,7(6,3), Protein g/kg IVB và muộn hơn 1,31(0,34) IVC 1,09 (0,28).

Từ khóa: Ung thư vòm mũi họng, BMI, Lượng Protein, lượng Calo, chứng chán ăn.

SUMMARY

RELATIONSHIP BETWEEN MALNUTRITION IN NASOPHARYNGEAL CARCINOMA OF PATIENTS IN TREATMENT INDICATIONS

We assessed the prevalence and predictors of malnutrition in patients with nasopharyngeal carcinoma. The study was conducted with 120 patients for age and gender were included. Bio-data, dietary history, height, weight, body mass index (BMI), ideal body weight, and serum albumin levels were recorded. Male - female: 82.3% - 17.7%. Age: 47.2 (SD 16.5), under 5% reduction in body weight in 1 month 11.7% of subjects. Index (BMI) of patients with nasopharynx cancer < 18.5 kg/m², 18.5 - 24.9 kg/m², > 25 kg/m². Protein intake 78.8% < 1.5g/kg. Calorie intake > 35kcal/kg were 12.2%. Factors relating to the nutritional status of patients with nasopharynx cancer: anorexia 13.3%, 74.2% have difficulty swallowing, odynophagia 80.8%, vomiting 42.5%. The average BMI (SD) Stage I-II 22.3 (2.1) Stage III - IV 21.2 (2.7) average Albumin (SD) Phase I -II 38.5 (7.6) phase III - IV 36.5 (7.9) kcal mean (SD) phase I-II 39.2 (6.1) stage III - IV 34.5 (13.3) Protein g/kg) phase I-II 1.4 (0.3) phase III - IV 1.03 (0.34). The average BMI (SD) and later IVB 21.6 (2.4) 19.3 IVC (2) average Albumin (SD) and later IVB 37.7 (7.6) IVC 29 (4.6) average kcal (SD) and later IVB 38.9 (9.5) 34.7 IVC (6.3), Protein g / kg and later IVB 1.31 (0.34) 1.09 IVC (0.28).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đang trở thành vấn đề sức khỏe mang tính chất toàn cầu với tỷ lệ mắc và tử vong cao ở độ tuổi ngày càng giảm [1]. Các báo cáo phân tích về ung thư toàn cầu trong những năm gần đây cho thấy ung thư vòm mũi họng (UTVMH) là một trong những loại ung thư phổ biến và mang tính khu vực [2]. Trên thế giới hàng năm có 80.000 trường hợp mới mắc, ở phía nam Trung Quốc tỉ lệ mắc cao 25 trường hợp trong 100000 dân, trong khi ở Mỹ và Châu Âu tỉ lệ mắc thấp

hơn 0,5 đến 2 trên 100.000 dân [3]. Ở Việt Nam tỉ lệ từ 5,2 đến 13,2 trường hợp trong 100.000 dân, theo thống kê ung thư trên địa bàn Hà Nội UTVMH là loại ung thư hay gặp nhất trong các ung thư vòm mũi họng và đứng hàng thứ 10 loại ung thư phổ biến ở Việt Nam [4]. Chẩn đoán giai đoạn theo phân loại AJCC 2010 [5]. Giải phẫu bệnh ung thư vòm 75% 85% là biểu mô không biệt hoá Loại ung thư biểu mô biệt hoá (CS-Carcinoma spinocellulaire) chiếm 10% - 15%. Ung thư liên kết (Sarcoma) hiếm gặp khoảng: 5%. UTVMH là bệnh đáp ứng tốt với điều trị nhưng điều trị phức tạp đòi hỏi điều trị đặc thù đa mô thức, đối với giai đoạn (T1N0M0), giai đoạn II (T2N0M0) xạ trị đơn thuần, giai đoạn II (T1,2N1M0) cần cân nhắc hóa-xạ đồng thời. Ở giai đoạn III, IV chỉ định điều trị hóa-xạ trị đồng thời và xem xét lựa chọn hóa chất bổ trợ sau hóa-xạ đồng thời [6]. Tất cả những phương pháp điều trị trên bên cạnh việc phụ thuộc về giai đoạn khối u còn phụ thuộc rất lớn vào tình trạng dinh dưỡng bệnh nhân [7]. Nghiên cứu thực hiện trên những bệnh nhân ung thư vòm với mục đích đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân ở từng giai đoạn của khối u để các bác sĩ lâm sàng có thể định hướng các lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp cho từng người bệnh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu được lựa chọn từ khoa ung bướu và khoa khám bệnh Bệnh viện đại học Y Hà Nội từ năm 2011 - 2015.

Tiêu chuẩn bệnh nhân: được chẩn đoán là ung thư vòm mũi họng (triệu chứng lâm sàng giải phẫu bệnh). Được theo dõi đánh giá cá nhân thông số nghiên cứu và các chỉ định điều trị. Tuổi từ 18 đến 80 tuổi phù hợp với các tiêu chuẩn lựa chọn.

Phương pháp nghiên cứu. Mô tả từng ca bệnh
Các bước tiến hành nghiên cứu

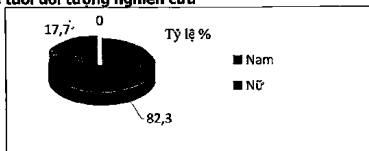
Xây dựng bệnh án mẫu và thu thập số liệu theo các thông số nghiên cứu: giới, tuổi, Mức độ sụt giảm trọng lượng cơ thể, Chỉ số (BMI): < 18,5kg/m², 18,5 - 24,9kg/m², > 25kg/m², Lượng Protein và lượng Calo đưa vào cơ thể cho bệnh nhân NPC, Chứng chán ăn, Lượng thức ăn đưa vào, Nuốt khó, Nuốt đau, Nôn, Albumin trung bình.

Phương pháp xử lý số liệu: Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được sự đồng ý của các đối tượng tham gia. Không vi phạm các quy định về đạo đức trong nghiên cứu y học.

III. KẾT QUẢ

3.1. Giới tính và tuổi đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 1: Tỷ lệ nam-nữ trong nghiên cứu

Nhận xét: - Bệnh nhân ung thư vòm mũi họng nam là 82,3%, nữ 17,7%.

- Tuổi: 47,2 (SD 16,5)

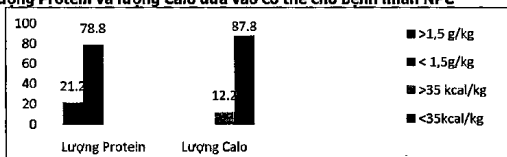
3.2. Sự giảm trọng lượng cơ thể

Bảng 1: Mức độ sụt giảm trọng lượng cơ thể

Mức độ sụt giảm trọng lượng cơ thể	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Trên 10% trọng lượng cơ thể trong một tháng	67	55,8
5 - 10% trọng lượng cơ thể trong một tháng	39	32,5
Dưới 5% trọng lượng cơ thể trong một tháng	14	11,7

Nhận xét: Số bệnh nhân sụt giảm trên 10% trọng lượng cơ thể trong 1 tháng chiếm 55,8%, giảm 5 -10% trọng lượng cơ thể trong 1 tháng là 32,5%, giảm dưới 5% trọng lượng cơ thể trong 1 tháng là 11,7%.

3.3. Lượng Protein và lượng Calo đưa vào cơ thể cho bệnh nhân NPC



Biểu đồ 2: Lượng Protein và lượng Calo đưa vào cơ thể cho bệnh nhân NPC

Nhận xét: Lượng Protein đưa vào cơ thể bệnh nhân ung thư vòm 78,8% dưới 1,5g/kg, 21,2% trên 1,5g/kg, lượng Calo đưa vào cơ thể trên 35kcal/kg là 12,2%, và 87,8% dưới 35 kcal/kg.

3.4. Chỉ số Boddy mass index (BMI)

Bảng 2: Chỉ số (BMI) của bệnh nhân ung thư vòm mũi họng trong nghiên cứu

BMI	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
< 18,5 kg/m ²	69	57,5
18,5 - 24,9 kg/m ²	40	33,3
> 25 kg/m ²	11	9,2

Nhận xét: Chỉ số (BMI) của bệnh nhân ung thư vòm mũi họng < 18,5 kg/m², 18,5 - 24,9 kg/m², > 25 kg/m².

3.5. Các yếu tố ảnh hưởng tới dinh dưỡng của bệnh nhân ung thư vòm mũi họng

Bảng 3: Một số yếu tố ảnh hưởng tới dinh dưỡng của bệnh nhân NPC

Các yếu tố ảnh hưởng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Chứng chán ăn	16	13,3
Nuốt khó	89	74,2
Nuốt đau	97	80,8
Nôn	51	42,5

Nhận xét: Chứng chán ăn 13,3%, nuốt khó 74,2%, nuốt đau 80,8%, nôn 42,5%.

3.6. Ảnh hưởng của các giai đoạn ung thư lên các thông số dinh dưỡng

Bảng 4: Ảnh hưởng của các giai đoạn ung thư lên các thông số dinh dưỡng

Thông số	Giai đoạn I -II	Giai đoạn III - IV	P
BMI trung bình (SD)	22,3 (2,1)	21,2 (2,7)	0,427
Albumin trung bình (SD)	38,5(7,6)	36,5 (7,9)	0,626
Kcal trung bình (SD)	39,2 (6,1)	34,5 (13,3)	0,557
Protein g/kg	1,4 (0,3)	1,03 (0,34)	0,039
	Giai đoạn I - III	Giai đoạn IV	
BMI trung bình (SD)	23,1 (2,0)	20,8 (2,6)	0,0046
Albumin trung bình (SD)	41,8 (6,9)	35,3 (7,5)	0,0067
Kcal trung bình (SD)	40,3 (9,7)	38,7(8,4)	0,5589
Protein g/kg	1,33 (0,36)	1,13 (0,51)	0,0751
	IVB và muộn hơn	IVC	
BMI trung bình (SD)	21,6 (2,4)	19,3(2)	0,0186
Albumin trung bình (SD)	37,7 (7,6)	29(4,6)	0,0046
Kcal trung bình (SD)	38,9(9,5)	34,7(6,3)	0,262
Protein g/kg	1,31(0,34)	1,09 (0,28)	0,1072

Nhận xét: BMI trung bình (SD) Giai đoạn I - II 22,3 (2,1) Giai đoạn III - IV 21,2 (2,7) Albumin trung bình (SD) Giai đoạn I -II 38,5(7,6) Giai đoạn III - IV 36,5 (7,9) Kcal trung bình (SD) Giai đoạn I -II 39,2 (6,1) Giai đoạn III - IV 34,5 (13,3) Protein g/kg Giai đoạn I -II 1,4 (0,3) Giai đoạn III - IV 1,03 (0,34).

BMI trung bình (SD) IVB và muộn hơn 21,6 (2,4) IVC 19,3(2) Albumin trung bình (SD) IVB và muộn hơn 37,7 (7,6) IVC 29(4,6) Kcal trung bình (SD) IVB và muộn hơn 38,9(9,5) IVC 34,7(6,3), Protein g/kg IVB và muộn hơn 1,31(0,34) IVC 1,09 (0,28).

IV. BÀN LUẬN

Bệnh nhân ung thư vòm mũi họng nam là 82,3%, nữ 17,7%. Tuổi trung bình là 47,2 (SD 16,5). Hockenbery DM [1] Jager-Wittener H [5] bệnh nhân nam/nữ 2,5/1, độ tuổi trung bình 49,3 (SD 12,6).

Số bệnh nhân sụt giảm trên 10% trọng lượng cơ thể trong 1 tháng chiếm 55,8%, giảm 5 -10% trọng lượng cơ thể trong 1 tháng là 32,5%, giảm dưới 5% trọng lượng cơ thể trong 1 tháng là 11,7%. Capuano G và cộng sự trong nghiên cứu 709 bệnh nhân nhận thấy tình trạng dinh dưỡng trước điều trị có mối liên quan mật thiết với chất lượng sống của bệnh nhân sau điều trị cũng như làm giảm số ngày nằm viện [2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi những bệnh nhân có chỉ định điều trị hóa xạ trị đồng thời diễn biến khả quan sau điều trị ở nhóm có giảm dưới 5% trọng lượng cơ thể trong 1 tháng. Với nhóm sụt giảm trên 10% trọng lượng cơ thể trong 1 tháng, việc điều trị đồng thời nên cân nhắc vì số bệnh nhân này có tới 43,6% tử vong ngay trong thời gian điều trị, thời gian nằm viện kéo dài trên 4 tuần, chất lượng cuộc sống sau điều trị không ổn định.

Chỉ số (BMI) của bệnh nhân ung thư vòm mũi họng <18,5 kg/m², 18,5 - 24,9 kg/m², > 25 kg/m². Lượng Protein đưa vào cơ thể bệnh nhân

ung thư vòm 78,8% dưới 1,5g/kg, 21,2% dưới 1,5g/kg, lượng Calo đưa vào cơ thể trên 35kcal/kg 12,2%, và 87,8% dưới 35 kcal/kg. Như vậy bệnh nhân ung thư vòm thường có tình trạng suy dinh dưỡng nặng có chứng chán ăn 13,3%, nuốt khó 74,2%, nuốt đau 80,8%, nôn 42,5%. Ở giai đoạn II, IV lượng Calo và protein đưa vào cơ thể có giá trị quyết định phương pháp điều trị hơn là chỉ số BMI [7].

Tình trạng suy dinh dưỡng gặp ở mọi giai đoạn của ung thư vòm mũi họng tuy nhiên ở giai đoạn I, II và III còn tương đối ổn định. BMI trung bình (SD) Giai đoạn I -II 22,3 (2,1) Albumin trung bình (SD) Giai đoạn I -II 38,5 (7,6) Protein g/kg) Giai đoạn I -II 1,4 (0,3). Đây là giai đoạn mà cơ thể bệnh nhân có thể điều trị được theo phác đồ đa mô thức [5][6]. Tuy nhiên ở giai đoạn muộn hơn: IV, IVB và IVC 87,8% bệnh nhân ở tình trạng suy dinh dưỡng nặng, việc đưa ra phương pháp điều trị đa mô thức là không thể thực hiện được. Những bệnh nhân này cần có chế độ dinh dưỡng đặc biệt trước khi bắt đầu điều trị thật sự. BMI trung bình (SD) IVB và muộn hơn 21,6 (2,4) IVC 19,3(2) Albumin trung bình (SD) IVB và muộn hơn 37,7 (7,6) IVC 29(4,6) Kcal trung bình (SD) IVB và muộn hơn 38,9(9,5) IVC 34,7(6,3), Protein g/kg IVB và muộn hơn 1,31(0,34) IVC 1,09 (0,28) [4].

V. KẾT LUẬN

Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân trước điều trị ung thư vòm mũi họng ảnh hưởng đến quyết định phương pháp điều trị cho bệnh nhân ung thư vòm. Với trình trạng suy dinh dưỡng nặng không nên điều trị phối hợp điều trị đa phương thức. Nên cải thiện tình trạng dinh dưỡng cho bệnh nhân ung thư vòm trước điều trị để tăng đáp ứng điều trị cũng như tỷ lệ sống cho bệnh nhân.

Lời cảm ơn: Trân trọng cảm ơn khoa ung bướu, khoa Khám bệnh, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, các bệnh nhân tham gia đã tạo điều kiện cho nhóm nghiên cứu hoàn thành đề tài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hockenbery DM, Tom M, Abikoff C et al (2013).** The Warburg effect and beyond: metabolic dependencies for cancer cells. *Cell Death in Biology and Diseases*;1:35-51.
2. **Capuano G, Gentile PC, Bianciardi F et al (2010).** Prevalence and influence of malnutrition on quality of life and performance status in patients with locally advanced head and neck cancer before treatment. *Support Care Cancer*;18(4):433-437.
3. **Evans WJ, Morley JE, Argiles J, et al (2008).** Cachexia: a new definition. *Clin Nutr*; 27(6):793-799.

4. **Couch M, Lai V, Cannon T, et al (2007).** Cancer cachexia syndrome in head and neck cancer patients: part I. Diagnosis, impact on quality of life and survival, and treatment. *Head Neck*. 29(4):401-411.
5. **Jager-Wittenaar H, Dijkstra P, Arjan V, et al (2007).** Critical weight loss in head and neck cancer—prevalence and risk factors at diagnosis: an explorative study. *Support Care Cancer*;15(9):1045-1050.
6. **Jayne J, Scrimgeour AG, Polhemus ME, et al (2011).** Dietary and socioeconomic correlates of nutritional status in a rural adult Kenyan population. *Global Development Network*;11(4):5035.
7. **Gathere S, Mutuma G, Korir A, Musibi A (2011).** Head and Neck Cancers four year trend at the Nairobi Cancer Registry. *African Journal of Health Sciences*;19: 30-35.

HIỆU QUẢ HOẠT ĐỘNG CAN THIỆP NÂNG CAO THỰC HÀNH CHĂM SÓC SƠ SINH CỦA CÁN BỘ Y TẾ XÃ VÀ HUYỆN, TỈNH THANH HOÁ NĂM 2015-2016

Lương Ngọc Trương¹, Ngô Văn Toàn², Ngô Toàn Anh³

TÓM TẮT

Nghiên cứu được tiến hành tại 4 bệnh viện đa khoa huyện và 98 trạm y tế xã tại tỉnh Thanh Hoá từ tháng 4 năm 2015 đến tháng 3 năm 2016 với mục tiêu đánh giá hiệu quả hoạt động can thiệp nâng cao kiến thức chăm sóc sơ sinh tuyến huyện/xã tại tỉnh Thanh Hoá. Kết quả cho thấy tỷ lệ đạt của cán bộ y tế xã về thực hành chăm sóc sơ sinh đã tăng từ 60,4% trước can thiệp lên 68,6% sau can thiệp. Tỷ lệ đạt về thực hành chăm sóc sơ sinh của cán bộ y tế tuyến huyện tăng từ 46,3% trước can thiệp lên 55,6% sau can thiệp. Tỷ lệ cán bộ y tế xã xử trí đúng khi gặp các dấu hiệu nguy hiểm của trẻ sơ sinh đã tăng từ 45% trước can thiệp lên 47,9% sau can thiệp. Sự thay đổi về thực hành cho con bú trong vòng 1h đầu sau sinh của cán bộ y tế huyện tăng từ 59,3% trước can thiệp lên 72,2% sau can thiệp. Hiệu quả thay đổi về thực hành cho con bú trong vòng 1h đầu sau sinh của CBYT xã 53,3% lên 66,9% nhóm can thiệp. Cán tiếp tục tăng cường công tác đào tạo bổ sung về chăm sóc sơ sinh tại khoa sản, khoa nhi cũng như tại trạm y tế xã và tăng cường đào tạo liên tục về chăm sóc sơ sinh thiết yếu và chăm sóc lồng ghép trẻ bệnh.

Từ khóa: Thực hành, dấu hiệu nguy hiểm, sơ sinh.

SUMMARY

INTERVENTION EFFECTS TO IMPROVE NEWBORN CARE PRACTICES AMONG MEDICAL STAFFS IN DISTRICT AND COMMUNES, THANH HOA PROVINCE IN 2015-2016

The research was conducted at 4 district hospitals and 98 community health centers in Thanh Hoa province from April 2015 to March 2016 with the aim at evaluating the effectiveness of interventions to improve newborn care knowledge in district/commune in Thanh Hoa province. The result showed that prevalence of CHC staff who get good skill at newborn care practices has increased from 60,4% (before intervention) to 68,6% (after intervention). The rate on newborn care practices of health staffs at the district increased from 46,3% (before intervention) to 55,6% (after intervention). Percentage of CHC staff who manage properly the danger signs of infant has increased from 45% (before intervention) to 47,9% (after intervention). The changing of practical knowledge about breastfeeding within 1 hour of birth of the district health staff increased from increased from 59,3% (before intervention) to 72,2% (after intervention). The effect of changes in the practice of breastfeeding within one hour of birth of CHC staff increased from 53,3% to 66,9% in intervention group. As can be seen that it should continue to strengthen additional training on neonatal care in obstetrics, pediatrics, as well as at commune health centers and strengthening ongoing training in essential newborn care and integrated medical health care for children

Keywords: Practice, danger signs, newborns

¹ Trung tâm CSSKSS Thanh Hoá

² Trường Đại học Y Hà Nội

³ Bệnh viện Phụ sản Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Lương Ngọc Trương.

Email: truongln_syth@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 04/11/2016

Ngày phản biện khoa học: 15/12/2016

Ngày duyệt bài: 02/1/2017