

## Tác động của việc cho bú mẹ sớm và cho bú hoàn toàn đến tử vong trẻ em

Khadija Begum and Kathryn G. Dewey

### Tóm tắt các điểm chính

1. Ở những vùng nghèo và có tỉ lệ tử vong cao, nơi nhiễm khuẩn là một trong những nguyên nhân khiến cho nhiều trẻ sơ sinh bị tử vong, việc bắt đầu cho trẻ bú mẹ sớm và cho bú hoàn toàn có thể góp phần đáng kể vào việc giảm tỉ lệ tử vong ở trẻ em.
2. Việc bắt đầu cho trẻ bú mẹ sớm trong vòng một giờ đầu có thể giúp ngăn chặn tình trạng tử vong sơ sinh do nhiễm trùng máu, viêm phổi và tiêu chảy và cũng có thể ngăn chặn các trường hợp tử vong do hạ thân nhiệt, đặc biệt ở trẻ sơ sinh đẻ non và nhẹ cân.
3. Việc cho trẻ bú mẹ sớm và cho bú hoàn toàn là khởi đầu của sự chăm sóc liên tục cho bà mẹ và trẻ sơ sinh, có tác động lâu dài đến sức khỏe và sự phát triển của trẻ.

*Insight là loạt các ấn phẩm cung cấp thông tin chuyên môn vắn tắt về các thực hành tối ưu để nuôi dưỡng trẻ nhỏ, bao gồm cho bú sớm, nuôi con bằng sữa mẹ hoàn toàn và cho trẻ ăn bổ sung hợp lý trong hai năm đầu đời của trẻ. Mục tiêu của dự án Alive & Thrive là cải thiện thực hành nuôi dưỡng trẻ nhỏ trong thời kì quan trọng này nhằm làm giảm tử vong trẻ em, ngăn chặn tình trạng suy dinh dưỡng và khuyến khích tăng trưởng tối ưu. Chuỗi tập san này do nhóm Alive & Thrive, bao gồm AED, BRAC, GMMB, IFPRI, Save the Children, UC-Davis và World Vision phối hợp thực hiện.*

Hiện nay, lợi ích của việc nuôi con bằng sữa mẹ đối với tình trạng dinh dưỡng, sự phát triển của trẻ, việc giảm bệnh tật và tử vong, phòng chống các bệnh mạn tính về sau này đã được công nhận một cách rộng rãi.<sup>1,2</sup> Nguy cơ tử vong giảm chủ yếu là do giảm tỉ lệ tử vong từ các bệnh nhiễm khuẩn<sup>3</sup> đặc biệt thấy rõ ở những trẻ được bú hoàn toàn (chỉ bú sữa mẹ) trong 6 tháng đầu.<sup>4</sup> Ngoài ra, việc cho bú sớm còn có nhiều lợi ích khác.

Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) và UNICEF khuyến cáo nên cho trẻ bú mẹ sớm trong vòng một giờ đầu sau sinh, cho trẻ bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu và tiếp tục cho trẻ bú mẹ đến 24 tháng tuổi hoặc lâu hơn đồng thời cho trẻ ăn bổ sung hợp lý.<sup>5</sup> Như được mô tả dưới đây, các bằng chứng gần đây chỉ ra rằng cho bú mẹ sớm và cho bú hoàn toàn đều có liên hệ rõ ràng với tỉ lệ tử vong sơ sinh ngày càng giảm.<sup>6,7</sup> Các số liệu chỉ ra mối quan hệ nhân-quả giữa việc cho bú mẹ sớm và giảm tử vong sơ sinh do mắc các bệnh nhiễm khuẩn.<sup>8</sup>

WHO và các tổ chức khác khuyến cáo nên trì hoãn trong vòng ít nhất một giờ đầu sau sinh việc tiến hành các thủ tục chăm sóc trẻ sơ sinh như tắm cho trẻ hay cân trẻ khiến bà mẹ và trẻ bị tách riêng.<sup>9,10</sup> Việc này sẽ cho phép bà mẹ và trẻ sơ sinh được tiếp xúc da-kề-da liên tục cho đến khi trẻ bắt đầu bú mẹ. Mặc dù đã có các khuyến nghị này nhưng chỉ có 39% trẻ sơ sinh tại các nước đang phát triển được đặt vào vú mẹ trong vòng 1 giờ đầu sau sinh và chỉ có 37% trẻ dưới 6 tháng tuổi được cho bú mẹ hoàn toàn.<sup>11</sup>

### Tử vong ở trẻ sơ sinh: ưu tiên về y tế toàn cầu

Hàng năm có gần 4 triệu trẻ mới sinh bị tử vong, hầu hết là do các nguyên nhân có thể phòng tránh được. Tử vong ở giai đoạn sơ sinh (tức là trong 28 ngày đầu sau sinh) chiếm 41% trong tổng số ca tử vong trẻ em dưới 5 tuổi (biểu đồ 1).<sup>12</sup> Hầu hết trường hợp tử vong sơ sinh xảy ra trong 7 ngày đầu sau sinh, được gọi là giai đoạn chu sinh.

Mục tiêu phát triển thiên niên kỉ (MDG) 4 kêu gọi giảm 2/3 tỉ lệ tử vong trẻ em dưới 5 tuổi, từ tỉ lệ 95/1000 ca sinh sống vào năm 1990 xuống còn 31/1000 vào năm 2015.<sup>13</sup> Tính đến năm 2007 cả thế giới đã đi chưa được một nửa quãng đường đến mục tiêu này, và tốc độ giảm tỉ lệ tử vong chưa đủ nhanh để đạt được chỉ tiêu của năm 2015. Không có nước nào trong tổng số 46 nước châu Phi cận sa mạc Sahara có xu hướng đạt tới chỉ tiêu của MDG.

Hầu hết tiến bộ đạt được trong việc giảm tử vong ở trẻ em dưới 5 tuổi là do giảm tỉ lệ tử vong ở trẻ sau 4 tuần đầu đời, trong khi đó việc giảm nguy cơ tử vong trong giai đoạn sơ sinh còn chậm. Do vậy, phần trăm trẻ tử vong trong giai đoạn sơ sinh tăng lên. Điều này phản ánh thành công tương đối của các biện pháp can thiệp nhằm giảm tử vong sau giai đoạn sơ sinh và tiến bộ chậm chạp trong việc giải quyết tình trạng tử vong sơ sinh, đặc biệt ở giai đoạn chu sinh.<sup>12, 15, 16</sup>

Gánh nặng tử vong trẻ em lệch hẳn về các cộng đồng dân cư nghèo nhất

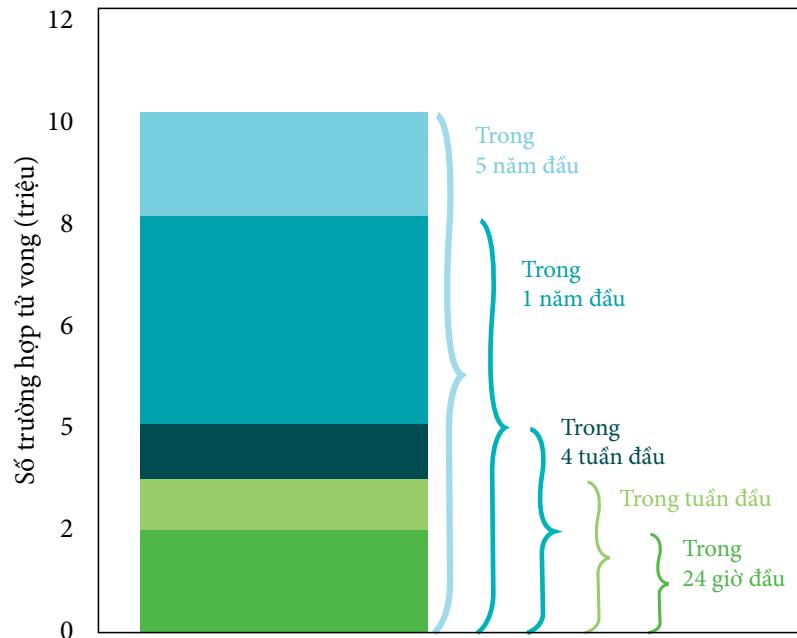
thuộc những nước và khu vực nghèo nhất trên thế giới: gần 99% các ca tử vong sơ sinh xảy ra ở những nước có thu nhập trung bình và thấp; 2/3 trong số đó rơi vào 10 nước (bảng 1). Để thúc đẩy tiến bộ đạt được, cần tập trung đặc biệt vào các nước châu Phi cận sa mạc Sahara và Nam Á. Hai khu vực này chiếm ¾ trong tổng số tất cả các ca tử vong sơ sinh: 33% ở châu Phi cận sa mạc Sahara và 41% ở Nam Á.

## Bằng chứng mới đây về tác động của việc cho bú mẹ sớm đối với tử vong sơ sinh

Gần đây đã có hai nghiên cứu đánh giá mối quan hệ giữa thời điểm bắt đầu cho bú mẹ và tử vong sơ sinh được công bố.<sup>6,7</sup> Các nghiên cứu này cũng đánh giá liệu việc cho bú mẹ hoàn toàn có tăng vai trò bảo vệ hay không. Cả hai nghiên cứu này đều được tiến hành ở các vùng nông thôn nơi hầu hết trẻ được sinh tại nhà, người dân ít được tiếp cận các dịch vụ y tế và các bệnh nhiễm trùng khiến cho nhiều trẻ em tử vong.

Một trong số đó là nghiên cứu thuần tập cộng đồng tiến hành ở vùng nông thôn Ghana, lồng ghép vào một thử nghiệm bổ sung vitamin A trên diện rộng cho bà mẹ do các nhà nghiên cứu của Trường Vệ sinh và Bệnh nhiệt đới Luân Đôn hợp tác với Trung tâm Nghiên cứu Y tế Kintampo của Ghana tổ chức. Nghiên cứu còn lại là nghiên cứu quan sát tại cộng đồng ở miền Nam Nepal do các nhà nghiên cứu của Trường Y tế Công cộng Johns Hopkins Bloomberg và Dự án Can thiệp Dinh dưỡng Nepal, Sarlahi (NNIPS) phối hợp thực hiện.<sup>7</sup> Thông tin của 2 nghiên cứu này được trình bày ở Bảng 2.

Hình 1: Phân bố tử vong ở trẻ em dưới 5 tuổi



Nguồn: Tổ chức y tế thế giới, Tử vong sơ sinh và trong bào thai: số liệu các quốc gia, khu vực và toàn cầu, Geneva: Tổ chức Y tế Thế giới, 2006.

Bảng 1: Những quốc gia có số ca tử vong sơ sinh cao nhất thế giới

Quốc gia	Tỉ lệ trong tổng số ca tử vong sơ sinh trên toàn thế giới (n=3.99 triệu)	Tỉ lệ tử vong sơ sinh (trên 1000 trẻ sinh sống)
Ấn Độ	28%	39
Trung Quốc	9%	18
Nigeria	7%	47
Pakistan	7%	53
Cộng hòa Dân chủ Công-gô	4%	7
Etiopia	3%	41
Bangladesh	3%	36
Afganistan	2%	60
Indonesia	2%	17
Tanzania	2%	35

Nguồn: UNICEF, Tình trạng trẻ em trên toàn thế giới 2010, "Tình trạng trẻ em trên toàn thế giới. Ấn bản đặc biệt. Kỷ niệm 20 năm Công ước về Quyền trẻ em"; báo cáo: <http://www.unicef.org/rightsite/sowc/fullreport.php>; bảng thống kê: <http://www.unicef.org/rightsite/sowc/statistics.php>.

**Bảng 2: Nghiên cứu mối liên quan giữa thời điểm bắt đầu cho bú mẹ và tử vong trong khoảng từ 2-28 ngày**

Địa điểm nghiên cứu	Loại nghiên cứu	Mẫu nghiên cứu *	Số trẻ tử vong trong khoảng 2-28 ngày	Thời điểm bắt đầu cho bú				Kiểu cho bú trong tháng đầu +		
				Trong vòng 1 giờ đầu	Từ 1-24 giờ đầu	Từ 24-72 giờ đầu	Sau 72 giờ	Hoàn toàn	Chủ yếu	Một phần
Vùng nông thôn Ghana	Nghiên cứu thuần tập triển vọng tại cộng đồng	10.947 trẻ bú mẹ	145 (1.3%)	41%	30%	27%	2%	70%	28%	2%
Miền Nam Nepal	Nghiên cứu quan sát tại cộng đồng	22.838 trẻ bú mẹ	297 (1.3%)	3%	54%	40%	3%	27%	‡	73%

\* Chỉ những trẻ còn sống đến ngày thứ 2 mới được phân tích nhằm hạn chế khả năng có “nguyên nhân khác” (nghĩa là thời điểm bắt đầu cho bú có thể đã bị ảnh hưởng bởi các bệnh nghiêm trọng mà trẻ mắc phải trong ngày đầu sau sinh)

+ Hoàn toàn: chỉ có sữa mẹ, không có thứ gì khác, kể cả nước, trừ trường hợp bổ sung vitamin và uống thuốc theo chỉ định.

‡ Nghiên cứu ở Nepal không có “bú mẹ chủ yếu” do tình trạng sử dụng phổ biến sữa dê hoặc sữa trâu trong vòng 24-48 giờ đầu.

Nguồn: Tài liệu tham khảo 6 và 7

Các nghiên cứu đã chỉ ra:

• **Trẻ càng được bắt đầu cho bú mẹ muộn thì nguy cơ tử vong càng cao.** Trẻ được bắt đầu cho bú mẹ sau 24 giờ đầu sau khi sinh có nguy cơ tử vong cao gấp 2,4 lần ở Ghana và gấp 1,4 lần ở Nepal so với trẻ được cho bú mẹ trước 24 giờ. Tác giả của nghiên cứu ở Ghana đã ước tính rằng chúng ta có thể ngăn chặn được 16% tử vong sơ sinh nếu tất cả trẻ sinh ra đều được bắt đầu cho bú mẹ trong ngày đầu tiên sau sinh và ngăn chặn được 22% nếu bắt đầu cho bú mẹ trong vòng 1 giờ đầu sau sinh. Tác giả của nghiên cứu ở Nepal đã ước tính rằng việc bắt đầu cho bú mẹ trong vòng một giờ

Các nghiên cứu ở Nepal và Ghana chỉ ra rằng việc cho trẻ bú mẹ sớm trong vòng 1 giờ đầu sau sinh có thể ngăn chặn khoảng 20% trường hợp tử vong sơ sinh.

đầu sau sinh có thể ngăn chặn 19% tỉ lệ tử vong sơ sinh.

Việc cho bú mẹ sớm vẫn còn tác động lớn sau khi đã kiểm soát các nhân tố khác có liên hệ với tỉ lệ tử vong xung quanh thời điểm sinh và trong suốt thời kì sơ sinh.

• **Tác động lớn nhất của thực hành nuôi con bằng sữa mẹ hoàn toàn tới tình trạng tử vong trẻ em.** Trẻ được cho bú mẹ hoàn toàn có nguy cơ tử vong sơ sinh thấp hơn so với trẻ được cho bú mẹ một phần, không tính đến thời điểm bắt đầu cho bú. Cho bú mẹ một phần là trẻ vừa bú mẹ vừa được cho uống sữa động vật, sữa bột hoặc được cho ăn bổ sung.

• **Lợi ích đối với những nơi có tỉ lệ trẻ sơ sinh nhẹ cân cao và thấp.** Lợi ích của việc cho bú mẹ sớm và cho bú hoàn toàn được thấy ở cả hai nơi: Ghana với tỉ lệ trẻ sơ sinh nhẹ cân là 7% và Nepal với tỉ lệ trẻ sơ sinh nhẹ cân là 30%.

Các tác giả của nghiên cứu ở Ghana cũng xem xét mối liên hệ giữa việc cho bú mẹ sớm và tử vong sơ sinh do nhiễm khuẩn. Theo nghiên cứu này, trong số trẻ sơ sinh chết trong khoảng thời gian từ ngày thứ 2 đến ngày thứ 28 sau sinh thì 2/3 là chết do mắc các bệnh nhiễm khuẩn và 1/3 do các nguyên nhân khác. Trẻ được bắt đầu cho bú mẹ muộn (sau 24 giờ) có nguy cơ tử vong sơ sinh do các bệnh nhiễm khuẩn cao gấp 2,6 lần và trẻ được cho bú mẹ một phần có nguy cơ tử vong cao gấp 5,7 lần. Các nghiên cứu đã không phát hiện mối liên hệ đáng kể nào giữa thực hành nuôi dưỡng trẻ sơ sinh và tử vong sơ sinh không do mắc các bệnh nhiễm khuẩn. Các kết quả này đặt ra giả thuyết về mối quan hệ nhân-quả hợp lý về mặt sinh học bởi vì người ta mong đợi việc nuôi con bằng sữa mẹ sẽ có tác động đối với các nguyên nhân tử vong sơ sinh do nhiễm khuẩn nhưng lại không có hoặc có rất ít tác động đối với các nguyên nhân khác.

Cả hai nghiên cứu đều chỉ xem xét các trường hợp tử vong xảy ra trong vòng 48 giờ, có loại những trẻ có nguy cơ ra khỏi phân tích và có hiệu chỉnh với các yếu tố nhiễu có thể; tuy nhiên kết quả có thể bị tác động bởi những chênh lệch khác không đo được giữa những đứa trẻ được cho bú mẹ sớm và cho bú mẹ muộn hay được cho bú mẹ hoàn toàn và cho bú mẹ một phần.

## Những mối liên hệ tiềm tàng giữa cho bú mẹ sớm và cho bú hoàn toàn với việc giảm tỉ lệ tử vong sơ sinh.

Gần 86% trường hợp tử vong sơ sinh trên toàn thế giới là do ba nguyên nhân chính sau đây:<sup>16</sup>

- Nhiễm khuẩn nặng: nhiễm trùng máu/viêm phổi, uốn ván và tiêu chảy (36%)
- Ngạt (23%)
- Đẻ non (27%)

Ở những nơi có tỉ lệ tử vong cao với tỉ lệ tử vong sơ sinh trên 45/1000 trẻ sinh ra sống, bệnh nhiễm khuẩn gây ra gần 50% số ca tử vong sơ sinh. Việc cho bú mẹ sớm và cho bú hoàn toàn có thể góp phần giảm tỉ lệ tử vong sơ sinh thông qua những con đường sinh học sau:

- **Cung cấp cho trẻ các yếu tố miễn dịch trong sữa non.** Bắt đầu cho bú ngay sau sinh đảm bảo cho trẻ sơ sinh nhận được những giọt sữa đầu tiên (sữa non) – cũng chính là “liều vắc-xin” đầu tiên cho trẻ. Sữa non bảo vệ trẻ khỏi bệnh tật bằng cách cung cấp các yếu tố miễn dịch cũng như các chất kháng viêm và diệt khuẩn.<sup>11</sup>

- **Bảo vệ trẻ tránh phơi nhiễm với các mầm bệnh nhiễm khuẩn.** Việc cho bú mẹ sớm và cho bú hoàn toàn giúp trẻ tránh ăn phải các chất gây bệnh nhiễm khuẩn làm tổn thương dạ dày và ruột của trẻ.<sup>19,20</sup> Các đồ ăn thức uống cho trẻ ăn trước khi bú mẹ như nước, các chất lỏng khác hoặc thức ăn được quan niệm là tốt cho trẻ thường là nguồn gây bệnh nhiễm khuẩn. Pha sữa bột với nước không sạch cho trẻ uống làm cho trẻ có nguy cơ mắc các bệnh nhiễm khuẩn cao. Sữa bột cũng có thể chứa các vi sinh vật có khả năng xâm nhập vào cơ thể gây ra nhiễm trùng máu ở trẻ sơ sinh.<sup>21</sup>

- **Thúc đẩy sự phát triển tối ưu của ruột và hệ thống miễn dịch cho trẻ.** Việc cho bú sớm cung cấp cho trẻ các chất dinh dưỡng giúp thúc đẩy sự hoàn thiện của ruột và hệ thống miễn dịch của trẻ, bảo vệ trẻ

khỏi các tác nhân gây bệnh.<sup>22</sup> Quá trình kích thích ruột non là đặc biệt cần thiết đối với trẻ đẻ thiếu tháng. Nghiên cứu chỉ ra rằng việc cho trẻ ăn các protein từ sữa không phải là sữa mẹ có thể ảnh hưởng nghiêm trọng đến quá trình quan trọng này.<sup>23</sup>

- **Giúp bảo vệ trẻ chống hạ thân nhiệt.** Cho trẻ bú mẹ sớm và thường xuyên đặc biệt cùng với việc cho trẻ tiếp xúc da kề da với mẹ giúp giữ ấm cho trẻ và chống lại bệnh tật và tử vong liên quan đến hạ thân nhiệt.<sup>6, 24</sup> Trẻ sơ sinh có nguy cơ cao bị hạ thân nhiệt đặc biệt trong 12 giờ đầu sau sinh, nguyên nhân chủ yếu là do mất nhiệt khi nước ối bay hơi ngay sau khi sinh.<sup>25</sup> Bị nhiễm lạnh và hạ thân nhiệt được biết đến như một yếu tố nguy cơ đối với bệnh tật và tử vong sơ sinh, bao gồm tăng nguy cơ viêm phổi và nhiễm trùng máu ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ.<sup>25</sup>

- **Hỗ trợ duy trì cho con bú mẹ.** Cho bú mẹ sớm có liên quan đến thành công của việc bắt đầu và duy trì nuôi con bằng sữa mẹ khi trẻ nhỏ, góp phần giảm nguy cơ tử vong của trẻ trong giai đoạn những ngày đầu sau sinh.

Tóm lại, việc cho bú mẹ sớm trong vòng một giờ đầu sau sinh có thể giúp ngăn chặn tử vong sơ sinh do các bệnh nhiễm khuẩn như nhiễm trùng máu, viêm phổi và tiêu chảy gây ra, đồng thời ngăn chặn các trường hợp tử vong khác liên quan đến hạ thân nhiệt, đặc biệt đối với trẻ đẻ non và nhẹ cân ở các nước đang phát triển.

## Tác động chính sách và chương trình.

Các nghiên cứu đề cập ở trên đưa ra bằng chứng chắc chắn rằng các

can thiệp hiệu quả và đơn giản có khả năng giảm mạnh tỉ lệ tử vong sơ sinh ở các nước có thu nhập thấp nơi người dân phần lớn sinh con tại nhà và khả năng tiếp cận với các dịch vụ y tế còn hạn chế. Hỗ trợ cho trẻ bú mẹ sớm và cho bú mẹ hoàn toàn cần phải được lồng ghép vào các chương trình dinh dưỡng và nuôi dưỡng trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ, các sáng kiến giảm tử vong trẻ em, và các gói chăm sóc khi sinh ở cả cơ sở y tế và tại nhà.

Bảng 3 cho thấy cần phải nỗ lực hơn nữa để đảm bảo trẻ sinh ra có được sự khởi đầu tốt nhất.

Hiện nay, số lượng trẻ sơ sinh được cho bú mẹ trong vòng một giờ đầu sau sinh và được cho bú mẹ hoàn toàn ở các nước và khu vực là khác nhau. Vì vậy, cần hành động để hỗ trợ thực hành cho bú mẹ sớm và cho bú hoàn toàn.

• **Xác định các cản trở đối với việc cho bú mẹ sớm và cho bú hoàn toàn; từ đó xây dựng các thông điệp, chính sách và quy trình hợp lý.** Bước quan trọng đầu tiên là cần phải hiểu được các cản trở kinh tế-xã hội và văn hóa đối với việc cho bú mẹ sớm và cho bú hoàn toàn,

thái độ và thực hành của các cán bộ y tế và nữ hộ sinh; cũng như quy trình tại các cơ sở y tế. Các thông điệp cần phải hướng tới các bà mẹ, mẹ chồng, cán bộ y tế và những người đỡ đẻ tại nhà.

**Chuẩn bị cho bà mẹ kiến thức về sinh con, nuôi con bằng sữa mẹ và chăm sóc trẻ sơ sinh.** Cần phải có kế hoạch nuôi dưỡng trẻ trước khi sinh. Có thể củng cố tầm quan trọng của việc cho bú mẹ sớm và cho bú hoàn toàn trong những buổi thăm khám trước và sau sinh, tư vấn dinh dưỡng và chăm sóc trẻ nhỏ và huy động cộng đồng. Một nghiên cứu gần đây ở Nigeria chỉ ra rằng phụ nữ được hỗ trợ về tâm lý khi sinh con (đi sinh cùng với người nhà tại phòng sinh) thì bắt đầu cho con bú sớm hơn những phụ nữ không được hỗ trợ.<sup>30</sup>

• **Trang bị kỹ năng cho cán bộ y tế nhằm thúc đẩy và hỗ trợ việc cho trẻ bú mẹ sớm và cho bú hoàn toàn.** Ngay cả khi được tiếp xúc đủ với các cán bộ y tế có chuyên môn, các bà mẹ vẫn chưa thực hành nuôi con bằng sữa mẹ một cách tối ưu. Điều này nhấn mạnh nhu cầu cần có các khóa đào tạo trước và trong khi cung cấp dịch vụ cho các cán bộ y tế, bao gồm cả những người đỡ đẻ, nhất là về kỹ năng tư vấn và các thực hành giúp bà mẹ và trẻ nhỏ tạo thói quen và duy trì thực hành nuôi con bằng sữa mẹ tốt.<sup>31</sup> Việc hỗ trợ và tư vấn hiệu quả trong những ngày đầu sau sinh làm tăng tỷ lệ nuôi con bằng sữa mẹ hoàn toàn.<sup>32</sup> Xu hướng sinh tại các cơ sở y tế và được đỡ đẻ bởi những người có chuyên môn đã tạo ra cơ hội thúc đẩy nuôi con bằng sữa mẹ tại cơ sở thông qua các dịch vụ chăm sóc sinh đẻ thường lệ, đặc biệt là tại các nước có tỷ lệ sinh tại các cơ sở y tế cao hoặc đang tăng nhanh.

**Bảng 3: Các chỉ số nuôi con bằng sữa mẹ và chăm sóc trước sinh/khi sinh tại sáu khu vực**

Khu vực	Cho bú sớm (2003-2008)	Cho bú hoàn toàn (trẻ <6 tháng tại thời điểm điều tra) (2003-2008)	Được thăm khám trước sinh (bất kì/ít nhất 1 lần) (2000-2008)	Được đỡ đẻ bởi người có chuyên môn (2000-2008)
Đông và Nam Phi	59%	42%	72%	41%
Trung và Tây Phi	36%	22%	71%	50%
Trung Đông và Bắc Phi	47%	30%	78%	76%
Nam Á	27%	45% (-)	68%	42%
Đông Á và Châu Á Thái Bình Dương	46% (*)	(-)	91%	91%
Châu Mỹ Latinh và Ca-ri-bê	48%	41%	94%	91%
Toàn thế giới	39% (*)	37%	78%	64%

Lưu ý: Chỉ số trên toàn thế giới sẽ được điều chỉnh bổ sung các nước công nghiệp hóa và Trung Đông Âu/Cộng đồng các quốc gia độc lập khi có thông tin.

(\*) Trừ Trung Quốc

(-) Không có số liệu

Nguồn: UNICEF, Tình trạng trẻ em trên toàn thế giới 2010, "Tình trạng trẻ em trên toàn thế giới. Ấn bản đặc biệt. Kỉ niệm 20 năm Công ước về Quyền trẻ em"; báo cáo: <http://www.unicef.org/rightsite/sowc/fullreport.php>; bảng thống kê: <http://www.unicef.org/rightsite/sowc/statistics.php>.

- **Áp dụng và/hoặc tăng cường thực thi luật quốc gia về việc quảng cáo các sản phẩm thay thế sữa mẹ.** Ở một số quốc gia, việc quảng cáo rộng rãi các sản phẩm thay thế sữa mẹ là một thách thức lớn đối với việc cải thiện thực hành nuôi con bằng sữa mẹ và do vậy cần phải bị hạn chế. Việc cho trẻ bú mẹ sớm và cho bú hoàn toàn có thể làm giảm ảnh hưởng của các quảng cáo về sản phẩm thay thế sữa mẹ bằng cách tạo ra những trải nghiệm tích cực khi cho con bú sớm và giúp bà mẹ tạo thói quen nuôi con bằng sữa mẹ trước khi họ chịu áp lực phải sử dụng các sản phẩm thay thế.

- **Theo dõi các chỉ số nuôi con bằng sữa mẹ.** Thu thập dữ liệu về cho trẻ bú mẹ sớm và nuôi con bằng sữa mẹ hoàn toàn cho hệ thống thông tin quản lý y tế sẽ giúp đánh giá tiến bộ đạt được và xác định các thiếu hụt.

## Nghiên cứu ưu tiên

Cần phải nghiên cứu về cách tiếp cận với phụ nữ ở những hoàn cảnh khác nhau và khuyến khích họ thực hành cho con bú sớm và cho bú hoàn toàn. Việc xác định các cách thức, nội dung và thời lượng tối ưu cho các chương trình truyền thông nhằm tăng tỷ lệ cho trẻ bú sớm, quan tâm và chăm sóc bà mẹ trẻ em cũng có thể làm tăng hiệu quả của chương trình. Cũng cần phải nghiên cứu làm thế nào để vượt qua những rào cản đối với việc cho con bú sớm trong cả trường hợp sinh tại nhà và sinh tại các cơ sở y tế. Một hướng ưu tiên khác là đánh giá các chiến lược nhằm đảm bảo các bà mẹ có con đẻ non và nhẹ cân nhận được các hỗ trợ cần thiết trong việc cho con bú và vắt sữa.<sup>33</sup>

Việc hợp tác và phối hợp hiệu quả sẽ cho phép biến các kết quả nghiên cứu trở thành những hành động

thực tế có ảnh hưởng đến sự sống còn và phát triển của trẻ em trên toàn thế giới.

Alive & Thrive, được quỹ Bill và Melinda Gates tài trợ, là một sáng kiến nhằm cải thiện các thực hành nuôi dưỡng trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ ở ba nước Bangladesh, Ethiopia và Việt Nam cũng như cung cấp thông tin về các chính sách và chương trình trên toàn thế giới.

Để biết thêm thông tin

Xin mời truy cập:

[www.aliveandthrive.org](http://www.aliveandthrive.org)

## Tài liệu tham khảo

1. León-Cava N, Lutter C, Ross J, Martin L. Quantifying the Benefits of Breast-feeding: A Summary of the Evidence. Washington, DC: Pan American Health Organization; 2002.
2. Horta BL, Bahl R, Martines JC, Victora CG. Evidence on the Long-term Effects of Breastfeeding: Systematic Reviews and Meta-analyses. Geneva: World Health Organization; 2007.
3. WHO Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. *Lancet*. 2000 Feb 5;355(9202):451-5.
4. Black RE, Allen LH, Bhutta ZA, Caulfield LE, de Onis M, Ezzati M, et al. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *Lancet*. 2008 Jan 19;371(9608):243-60.
5. World Health Organization, UNICEF. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. Geneva; 2003.
6. Edmond KM, Zandoh C, Quigley MA, Amenga-Etego S, Owusu-Agyei S, Kirkwood BR. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. *Pediatrics*. 2006 Mar;117(3):e380-6.
7. Mullany LC, Katz J, Li YM, Khatri SK, LeClerq SC, Darmstadt GL, et al. Breast-feeding patterns, time to initiation, and mortality risk among newborns in southern Nepal. *J Nutr*. 2008 Mar;138(3):599-603.
8. Edmond KM, Kirkwood BR, Amenga-Etego S, Owusu-Agyei S, Hurt LS. Effect of early infant feeding practices on infection-specific neonatal mortality: an investigation of the causal links with observational data from rural Ghana. *Am J Nutr*. 2007 Oct;86(4):1126-31.
9. World Health Organization. Thermal Protection of the Newborn: A Practical Guide. Geneva: WHO; 1997.
10. Chaparro CM, Lutter C. Beyond Survival: Integrated Delivery Care Practices for Long-term Maternal and Infant Nutrition, Health and Development. Washington DC: Pan American Health Organization; 2007.
11. United Nations Children's Fund. Tracking Progress on Child and Maternal Nutrition. New York: UNICEF; 2009. Available at: [http://www.unicef.org/publications/files/Tracking\\_Progress\\_on\\_Child\\_and\\_Maternal\\_Nutrition\\_EN\\_110309.pdf](http://www.unicef.org/publications/files/Tracking_Progress_on_Child_and_Maternal_Nutrition_EN_110309.pdf). Accessed December 1, 2009.
12. Lawn JE, Kerber K, Enweronu-Laryea C, Bateman OM. Newborn survival in low resource settings-are we delivering? *BJOG* 2009;116(Suppl.1):49-59.
13. World Health Organization. Health and Millennium Development Goals. Geneva: WHO; 2005. Available at: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241562986.pdf>. Accessed December 1, 2009.
14. World Bank. Global Monitoring Report 2009: A Development Emer-WashingtonDC:WorldBank;2009.Availableat:[http://siteresources.worldbank.org/INTGLOMONREP2009/Resources/5924349-1239742507025/GMR09\\_book.pdf](http://siteresources.worldbank.org/INTGLOMONREP2009/Resources/5924349-1239742507025/GMR09_book.pdf). Accessed December 1, 2009.
15. United Nations Children's Fund. The State of the World's Children 2009 New York: UNICEF; 2009. Available at: <http://www.unicef.org/sowc09/docs/SOWC09-FullReport-EN.pdf>. Accessed December 1, 2009.
16. Lawn JE, Cousens S, Zupan J. 4 million neonatal deaths: When? Where? Why? *Lancet*. 2005 Mar 5-11;365(9462):891-900.
17. Welsh JK, May JT. Anti-infective properties of breast milk. *J Pediatr*. 1979 Jan;94(1):1-9.
18. Schack-Nielsen L, Michaelsen KF. Advances in our understanding of the biology of human milk and its effects on the offspring. *J Nutr*. 2007 Feb;137(2):503S-10S.
19. Goldman AS. Modulation of the gastrointestinal tract of infants by human milk. Interfaces and interactions. An evolutionary perspective. *J Nutr*. 2000 Feb;130(2S Suppl):426S-31S.
20. Badruddin SH, Islam A, Hendricks KM, Bhutta ZA, Shaikh S, Snyder JD, et al. Dietary risk factors associated with acute and persistent diarrhea in children in Karachi, Pakistan. *Am J Clin Nutr*. 1991 Oct;54(4):745-9.
21. Drudy D, Mullane NR, Quinn T, Wall PG, Fanning S. Enterobacter sakazakii: an emerging pathogen in powdered infant formula. *Clin Infect Dis*. 2006 Apr 1;42(7):996-1002.
22. Walker WA, Watkins JB, Duggan CMD. Nutrition in Pediatrics: Basic Science and Clinical Applications. 3rd ed. Hamilton, Ontario; BC Decker; 2003.
23. Brandtzaeg PE. Current understanding of gastrointestinal immunoregulation and its relation to food allergy. *Ann N Y Acad Sci*. 2002 May;964:13-45.
24. Christensson K, Bhat GJ, Amadi BC, Eriksson B, Hojer B. Randomised study of skin-to-skin versus incubator care for rewarming low-risk hypothermic neonates. *Lancet*. 1998 Oct 3;352(9134):1115.
25. Pio A, Kirkwood BR, Gove S. Avoiding hypothermia: an intervention to prevent morbidity and mortality from pneumonia in young children. *The Clin Pediatric Infectious Disease Journal*. 2010;29(Number 2).
26. Salariya EM, Easton PM, Cater JI. Duration of breast-feeding after early initiation and frequent feeding. *Lancet*. 1978 Nov 25;2(8100):1141-3.
27. Chandrashekar TS, Joshi HS, Binu V, Shankar PR, Rana MS, Ramchandran U. Breast-feeding initiation and determinants of exclusive breast-feeding a questionnaire survey in an urban population of western Nepal. *Public Health Nutr*. 2007 Feb;10(2):192-7.
28. Lawson K, Tulloch MI. Breastfeeding duration: prenatal intentions and postnatal practices. *J Adv Nurs*. 1995 Nov;22(5):841-9.
29. Ekstrom A, Widstrom AM, Nissen E. Duration of breastfeeding in Swedish primiparous and multiparous women. *J Hum Lact*. 2003 May;19(2):172-8.
30. Morhason-Bello IO, Adedokun BO, Ojengbode OA, Olayemi O, Oladokun A, Fabamwo AO. Assessment of the effect of psychosocial support during childbirth in Ibadan, south-west Nigeria: a randomized controlled trial. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2009 Apr;49(2):145-50.
31. LINKAGES Project. Facts for Feeding: Birth, Initiation of Breastfeeding, gency. and the First Seven Days after Birth. Washington: AED; 2003.
32. Bhutta ZA, Ahmed T, Black RE, Cousens S, Dewey K, Giugliani E, et al. What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival. *Lancet*. 2008 Feb 2;371(9610):417-40.
33. LINKAGES Project. Facts for Feeding: Feeding Low Birthweight Babies. Washington: AED; 2006.



**Alive & Thrive Việt Nam**

P.203-204, Nhà E4B,

Khu Ngoại Giao Đoàn Trung Tự

Số 6 Đặng Văn Ngữ, Đống Đa, Hà Nội

Điện thoại: 04-35739066 - Fax: 04-35739063