NHI KHOA DỰ PHÒNG

Nguyễn Công Khanh, Nguyễn Hoàng Nam
Hội Nhi khoa Việt Nam

TÓM TẮT

Nhi khoa dự phòng được xác định là dự phòng mắc bệnh và tăng cường sức khỏe. Sức khỏe của trẻ là phản ánh sự tương tác của nhiều yếu tố, như vốn di truyền cá thể, môi trường sống, sự chăm sóc gia đình, giáo dục học đường, hoàn cảnh kinh tế-xã hội, và chăm sóc y tế. Có ba cấp dự phòng nhi khoa, mục tiêu của dự phòng cấp 1 là tăng cường sức khỏe và phòng xảy ra bệnh, dự phòng cấp 2 là phòng tái phát và giảm hậu quả bệnh, dự phòng cấp 3 là làm giảm tiến triển, hạn chế di chứng. Dự phòng nhi khoa được phân ra trước sinh, sau sinh. Dự phòng nhi khoa phải thực hiện sớm từ trước sinh bằng các biện pháp đặc hiệu tùy theo đặc điểm sinh lý, bệnh lý của từng thời kỳ phát triển trẻ em.

Từ khóa: *Nhi khoa, Dự phòng*

PREVENTIVE PEDIATRICS

Preventive pediatrics is defined as the prevention of disease and promoting health. Any child's health reflect the interaction of various factors including the individual's genetic endowment,, environmental factors, familial care, school education, social, politic and economic circumstances, and availability of health care. There are 3 levels of prevention. The aims of primary level are promoting health and preventing occurrence of disease. The aims of secondary level are preventing recurrence and reducing consepuences of disease. The aims of tertiary level are reducing progress and limiting impairment of disease. Preventive pediatrics has been broadly classified as antenatal and postnatal prevention. Preventive pediatrics should be early intervention by specific means depend of physiological and pathological features of child developmental periods.

Keyword: Pediatrics, Preventive

Nhi khoa dự phòng được xác định là phòng mắc bệnh và tăng cường sức khỏe thể chất, tinh thần, xã hội để trẻ có sức khỏe tốt.

I. CÁC YẾU TỐ TÁC ĐỘNG QUYẾT ĐỊNH SỨC KHOẺ TRẺ EM

Sức khoẻ, sự phát triển của trẻ là phản ánh sự tương tác của nhiều yếu tố:

- Vốn di truyền cá thể;

- Yếu tố môi trường, bao gồm dinh dưỡng, nhà ở, tập quán, khí hậu;

- Chăm sóc của gia đình, giáo dục học đường;

- Hoàn cảnh kinh tế, xã hội, chính trị;

- Chăm sóc y tế, chữa và dự phòng bệnh tật.

Vốn di truyền cá thể phụ thuộc nhiều vào nòi giống, dân tộc, gia đình, bố mẹ. Song vốn di truyền còn chịu ảnh hưởng lớn của môi trường, môi trường có thể tác động đén sự điều hòa hoạt động và biểu hiện gen. Có thể cải tạo được yếu tố di truyền. Chăm sóc sức khoẻ trẻ em phải nhằm phát huy tối đa vốn di truyền sẵn có, hạn chế ảnh hưởng của yếu tố di truyền bất lợi cho trẻ.

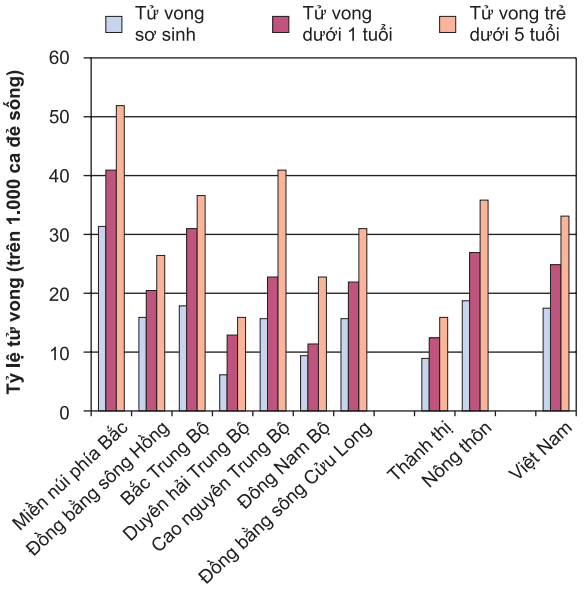
Môi trường ảnh hưởng lớn tới sức khỏe, nhất là dinh dưỡng. Dinh dưỡng có tầm quan trọng với sự hình thành, phát triển thai, tăng trưởng

Nhận bài: 30-03-2023; Chấp nhận: 10-04-2023
Người chịu trách nhiệm: Nguyễn Công Khanh
Email: nguyen.congkhanh@yahoo.com.vn
Địa chỉ: Hội Nhi khoa Việt Nam

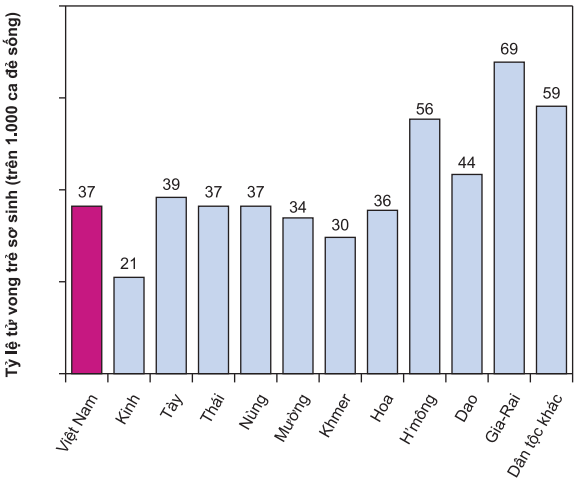
về thể chất, phát triển về tinh thần, tăng cường miễn dịch. Do đó phải chăm sóc dinh dưỡng ngay từ thời kỳ thai đến trưởng thành, đặc biệt trong 1000 ngày đầu đời. Dinh dưỡng thai hay dinh dưỡng cho người mẹ có thai đầy đủ có vai trò quan trọng trong sự hình thành, cấu trúc thai hay "lập trình bào thai" hoàn chỉnh, giúp trẻ phát triển tốt sau sinh, dự phòng nhiều bệnh mạn tính sau này. Dinh dưỡng sau sinh đầy đủ, phù hợp lưa tuổi giúp trẻ bắt kịp đà tăng trưởng, phòng chống suy dinh dưỡng, thừa cân, béo phì, phát triển tốt về trí tuệ, cảm xúc và tăng cường miễn dịch để phòng, chống đỡ với bệnh tật. Các yếu tố môi trường khác như nhà ở, tình trạng vệ sinh, cung cấp nước sạch, khí hậu cũng ảnh hưởng đến sức khỏe. Nhà ở ẩm thấp, thiếu ánh sáng là nguy cơ cho trẻ bị còi xương. Điều kiện vệ sinh, cung cấp nước sạch thiếu dễ mắc bệnh. Biến đổi khí hậu làm thay đổi môi trường sống, thời tiết, sinh thái ảnh hưởng nhiếu tới sức khỏe, bệnh tật.

Chăm sóc của gia đình, giáo dục học đường tác động lớn tới sự tăng trưởng, phát triển trẻ. Chất lượng chăm sóc, nuôi dưỡng của bố mẹ, gia đình, mối quan hệ giữa trẻ và người chăm sóc ban đầu, chăm sóc trẻ tuổi nhà trẻ, mẫu giáo giúp trẻ phát triển nhanh về vận động, tinh thần, hình thành tính cách. Giáo dục học đường giúp trẻ hình thành phát triển kiến thức, trí tuệ, tính sáng tạo một cách toàn diện.

Hoàn cảnh kinh tế, xã hội, chính trị ảnh hưởng lớn đến sức khoẻ trẻ em. Sự bất bình đẳng giữa nước giàu với các nước đang phát triển tạo ra sự khác biệt về sức khoẻ trẻ em mỗi nước. Ngay cả ở trong các nước giàu, các chỉ tiêu sức khoẻ trẻ em cũng khác nhau giữa trẻ có hoàn cảnh thuận lợi và không thuận lợi. Ở Scotland, tỷ lệ tử vong ở trẻ nghèo khổ cao gấp hai lần so với trẻ giàu có. Việt Nam được xếp trong nhóm các nước có tỷ lệ tử vong trẻ em dưới 1 tuổi thấp trong khu vực châu Á-Thái Bình Dương và gần với các nước có mức thu nhập bình quân theo đầu người cao hơn nhiều lần. Tuy nhiên tỷ lệ tử vong sơ sinh, trẻ dưới 1 tuổi và dưới 5 tuổi tại nông thôn cao hơn hai lần so với các vùng thành thị; tỷ lệ tử vong sơ sinh trong các nhóm dân tộc thiểu số cao gấp 2 đến 3 lần so với người Kinh (Hình 1 và 2).



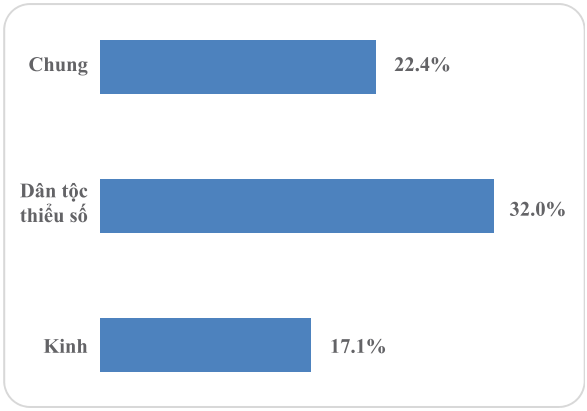
Hình 1. Tỷ lệ tử vong sơ sinh, trẻ dưới 1 tuổi và dưới 5 tuổi theo vùng miền



Hình 2. Tỷ lệ tử vong sơ sinh theo nhóm dân tộc

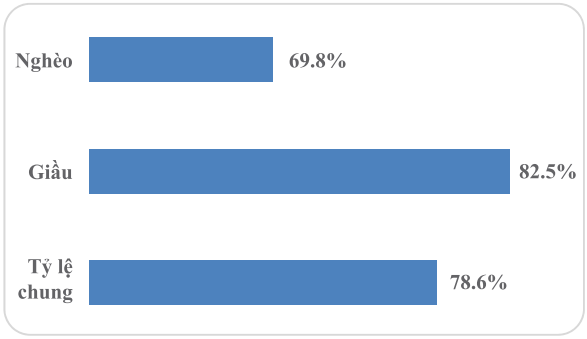
Nguồn: Điều tra Y tế quốc gia 2001-2002

Hoàn cảnh kinh tế, xã hội không chỉ ảnh hưởng đế tỷ lệ tử vong, còn ảnh hưởng tới chỉ tiêu sức khỏe khác, cũng như tới việc sử dụng dịch vụ y tế (Hình 3, 4)



Hình 3. Tỷ lệ trẻ suy dinh dưỡng theo nhóm dân tộc

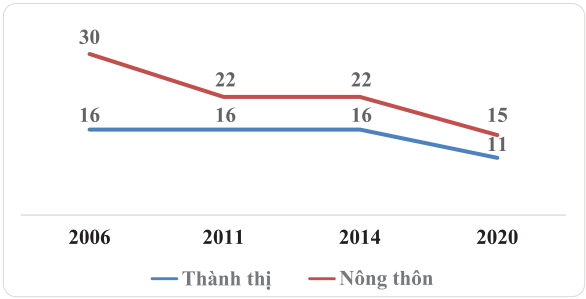
Nguồn: Tổng điều tra dinh dưỡng 2010-2020



Hình 4. Tỷ lệ tiêm chủng trẻ <5 tuổi theo kinh tế hộ gia đình

Nguồn: Điều tra MICS 2021

Chăm sóc y tế, chữa và phòng bệnh có tác động trực tiếp lớn đến sự cải thiện sức khoẻ, giảm thấp tử vong trẻ em. Từ ngày Công ước quốc tế về quyền trẻ em ra đời, các quốc gia đã có nhiều chiến lược hướng theo chăm sóc dự phòng, tập trung các hoạt động vào tăng cường sức khoẻ, phát triển trẻ em, dự phòng bệnh và tàn tật cho trẻ em. Đường lối Y tế Việt Nam ngay từ những năm sau 1945 đã lấy phương châm dự phòng là chính. Mạng lưới y tế phát triển rộng khắp trong cả nước đã mang lại hiệu quả to lớn về chăm sóc sức khoẻ nhân dân. Tỷ lệ tử vong trẻ em dưới 1 tuổi và dưới 5 tuổi đã giảm một cách đáng kể và đều đặn trong những năm gần đây và hiện đang ở mức thấp trong khu vực châu Á-Thái Bình Dương, đồng thời giảm được sự khác biệt giữa nông thôn và thành thị (Hình 5)



Hình 5. Chênh lệch về tử vong trẻ <5 tuổi theo khu vực

Nguồn: Điều tra MICS từ 2006 đến 2020

II. NGUYÊN LÝ DỰ PHÒNG NHI KHOA

2.1. Dự phòng từ sớm qua các thời kỳ trẻ em

Sức khỏe của mọi người đều chịu ảnh hưởng tác động của nhiều yếu tố từ đời sống bào thai đến sơ sinh, trẻ nhỏ, trẻ lớn, tuổi trưởng thành. Do đó dự phòng nhi khoa phải được thực hiện từ sớm, dự phòng trước sinh, dự phòng sau sinh, qua các thời kỳ trẻ em. Dự phòng sớm hiệu quả nhiều hơn, phòng được cả bệnh mới phát sinh và bệnh phát sinh muộn, tăng cường sức khỏe ngay từ sớm.

2.2. Cấp độ dự phòng

Dự phòng nhi khoa được phân ra ba cấp, cấp 1, cấp 2 và cấp 3.

Dự phòng cấp 1, hay dự phòng tiên phát với mục đích tăng cường sức khỏe, làm giảm tần suất mới mắc bệnh, bằng cách chăm sóc dinh dưỡng, kiểm soát nguyên nhân hay các yếu tố nguy cơ. Thí dụ như giáo dục dinh dưỡng để tăng cường sức khỏe, tiêm vacxin để phòng sởi hay bại liệt; điều trị viêm họng do liên cầu khuẩn để phòng thấp tim; bổ sung iod vào muối ăn để dự phòng bướu cổ; bổ sung folat trước sinh cho người mẹ có thai để dự phòng dị tật ống thần kinh thai nhi; sử dụng bao cao su đề phòng nhiễm HIV.

Dự phòng cấp 2 hay phòng bệnh thứ phát với mục đích làm giảm tần suất bệnh lưu hành và phòng bệnh tái phát, bằng cách chẩn đoán và điều trị sớm, để tiến tới khỏi bệnh hay giảm hậu quả nặng nề của bệnh. Thí dụ như sàng lọc suy giáp ở sơ sinh để điều trị thay thế thyroxin sớm và

dự phòng chứng đần độn; sàng lọc thính lực sơ sinh để cải thiện bệnh điếc ở trẻ em. Phòng bệnh cấp 2 còn mục đích để phòng bệnh tái phát, thí dụ tiêm penicilin cho trẻ đã bị thấp tim để dự phòng bệnh tái phát nặng hơn. Phòng bệnh cấp hai còn được áp dụng, cho biện pháp ngừng có thai để tránh sinh ra những trẻ sơ sinh có khuyết tật nặng nề hay dự phòng bệnh di truyền.

Dự phòng cấp 3 với mục đích làm giảm tiến triển hay biến chứng của bệnh, hạn chế hậu quả của bệnh, bao gồm các biện pháp để hạn chế tật nguyền do bệnh hay thương tích. Thí dụ phòng bệnh cấp ba bằng biện pháp phục hồi chức năng cho trẻ bại liệt để trẻ có thể hoà nhập cuộc sống, cải thiện sức khoẻ cho trẻ.

2.3. Dịch vụ chăm sóc sức khỏe

Để cải thiện tối đa sức khoẻ trẻ em, dịch vụ chăm sóc sức khoẻ phải đạt một số tiêu chuẩn sau:

- Rộng khắp cả nước tới mọi vùng, tầng lớp nhân dân.

- Toàn diện, dịch vụ tăng cường sức khoẻ, phòng bệnh và chữa bệnh.

- Lồng ghép các dịch có lợi cho sức khoẻ, y tế, giáo dục, và xã hội;

- Đáp ứng mọi nhu cầu về sức khoẻ các tầng lớp nhân dân.

- Dựa trên bằng chứng với chất lượng lâm sàng cao.

III. TIẾP CẬN DỰ PHÒNG CÁC THỜI KỲ TUỔI TRẺ

Việc dự phòng bệnh tật, tăng cường sức khoẻ trẻ em phải thực hiện trong suốt quá trình tuổi trẻ, ngay từ khi hình thành, phát triển thai nhi, tiếp đến thời kỳ sơ sinh, thời kỳ dưới 1 tuổi, trẻ nhỏ, trẻ lớn, tuổi vị thành niên. Mỗi thời kỳ tuổi trẻ có một trọng tâm dự phòng. Dự phòng sớm ngay từ thời kỳ bào thai và trẻ nhỏ là hết sức quan trọng, những phơi nhiễm ở giai đoạn hình thành và phát triển nhanh, như thời kỳ thai có thể lập trình các yếu tố nguy cơ bệnh xảy ra ở giai đoạn khác nhau của đời sống. Can thiệp dự phòng sớm không những chỉ cải thiện sức khoẻ trẻ em, mà còn có vai trò phòng được một số bệnh ở người lớn tuổi.

3.1. Dự phòng trước thụ thai

Sức khoẻ người mẹ trước khi có thai ảnh hưởng nhiều tới thai nhi khi thụ thai. Biện pháp dự phòng trước thụ thai bao gồm:

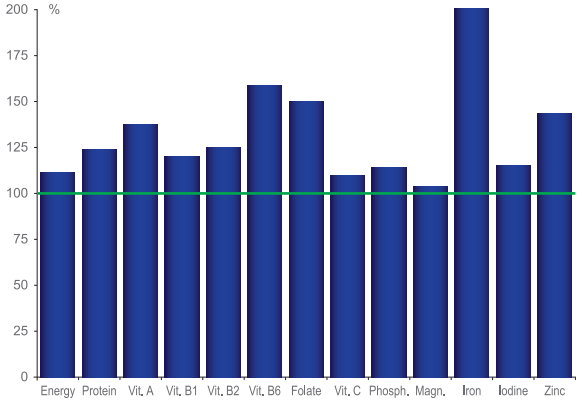
- Tăng cường sức khỏe cho phụ nữ tuổi sinh sản bằng hướng dẫn có lối sống khỏe, dinh dưỡng cân bằng, thể dục đều đặn, tránh thói quen không có lợi.

- Tư vấn về thụ thai, như tuổi có thai (không quá trẻ dưới 18 tuổi, hoặc quá lớn tuổi), số lần có thai vừa đủ, khoảng cách kỳ thai (nên từ sau 3 năm).

- Tiêm chủng phòng uốn ván, Rubella.

3.2. Dự phòng trong thời kỳ thai

-Tăng cường dinh dưỡng, bảo đảm cuối kỳ thai cần nặng tăng từ 11-12 kg. So với phụ nữ chưa có thai, nhu cầu dinh dưỡng cao hơn, năng lượng cần tăng thêm 10%, nhưng nhu cầu vitamin và muối khoáng cao hơn nhiều. Cần bổ sung thêm sắt, acid folic để dụ phòng thiếu máu, dị tật ống thần kinh thai nhi, phát triển thai kém, sinh non (Hình 6).



Hình 6. Nhu cầu dinh dưỡng cho phụ nữ có thai

Nguồn: Koletzko B và cs. 2013

- Thăm khám thai tối thiểu 3 lần trong thời kỳ thai (Khuyến cáo của ngành Sản-Phụ Việt Nam) để theo dõi phát triển thai, phát hiện các bất thường ở thai, thai nguy cơ, dự đoán ngày sinh.

- Tư vấn bảo vệ thai, tránh các nguy cơ làm chậm phát triển thai, sinh non, dị tật, quái thai. Trong 3 tháng đầu của thời kỳ thai, cần tránh phơi nhiễm với các bệnh lây nhiễm do virus, chỉ dùng thuốc khi cần thiết và tránh tia xạ. Nhiễm

virus trong giai đoạn phôi thai dễ bị dị tật bẩm sinh. Nhiều thuốc có thể gây dị tật thai. Tránh phơi nhiễm hóa chất, chất độc hại. Tư vấn để người mẹ ngừng hút thuốc và hạn chế rượu. Hút thuốc có thể gây chậm phát triển thai trong tử cung, gây một số dị tật bẩm sinh, hỏng thai, sinh non. Ngoài ra, hút thuốc trong và sau thời kỳ thai còn có nguy cơ bị hội chứng chết đột ngột ở trẻ nhỏ (SIDS). Cũng cần tránh X-quang vùng bụng.

- Sàng lọc trước sinh các bệnh lý của người mẹ ảnh hưởng tới thai, như thiếu máu, viêm gan B, giang mai, nhiễm HIV, tiền sản giật và các yếu tố nguy cơ khác. Với người mẹ có các yếu tố nguy cơ đặc biệt như tiền sử gia đình có bệnh di truyền, cần phải tiến hành chẩn đoán trước sinh để tư vấn di truyền thích hợp, tư vấn ngừng thai nếu cần thiết.

- Cho steroid với người mẹ có nguy cơ sinh non, dự phòng bệnh màng trong, cho anti-D immunoglobulin nếu mẹ Rh(-) dự phòng tan máu sơ sinh do bất đồng nhóm máu Rh.

3.3. Dự phòng ở thời kỳ sơ sinh

Thời kỳ sơ sinh, trẻ mới ra đời, còn rất non yếu, tỷ lệ tử vong rất cao. Các nghiên cứu tại Việt Nam cho thấy tỷ lệ tử vong sơ sinh năm 2002 là 12 trên 1000 trẻ đẻ sống, chiếm gần 50% tử vong dưới 5 tuổi, và gần 70% tử vong dưới 1 tuổi. Nội dung dự phòng ở thời kỳ sơ sinh như sau.

- Bảo đảm sinh an toàn, đề phòng ngạt, chấn thương khi đẻ, đẻ sạch, cắt rốn vô khuẩn, dự phòng nhiễm khuẩn, đặc biệt với người mẹ có nguy cơ sinh khó, sinh non, tiền sản giất.

- Thực hiên tốt chăm sóc thiết yếu với trẻ mới sinh. Giữ ấm, tránh hạ thân nhiệt, đặc biệt là trẻ sinh non, sinh thấp cân, vì khả năng điều hòa thân nhiệt lúc này yếu. Chăm sóc rốn vô khuẩn; vết thương cắt rốn lúc mới sinh coi như một vết thương hở rất dễ bị nhiễm khuẩn, dễ lan rộng thành nhiễm khuẩn huyết toàn thể. Sau sinh 3-4 ngày có hiện tượng vàng da sinh lý, hướng dẫn người mẹ chăm sóc, theo dõi phát hiện sớm vàng da tăng bilirubin gián tiếp bệnh lý để xử trí kịp thời, đề phòng biến chứng nhân não.Thực hiện bú mẹ sớm ngay sau sinh. Bú mẹ sớm giúp trẻ hồi phục tình trạng sụt cân sinh lý nhanh, giảm nguy cơ tiêu chảy, viêm ruột hoại tử, nhiễm khuẩn khác.

- Bổ sung vitamin K cho tất cả trẻ mới sinh. Có thể tiêm một mũi vitamin K1 ngay sau khi sinh hoặc cho uống nhiều lần trong tuần lễ đầu sau sinh để dự phòng xuất huyết giảm prothrombin sơ sinh và trẻ nhỏ sau sơ sinh.

- Tiêm chủng dự phòng được thực hiện từ thời kỳ sơ sinh là vacxin phòng lao BCG, phòng viêm gan B và bại liệt.

- Sàng lọc nhóm sơ sinh đặc biệt có nghi ngờ để phát hiện suy giáp bẩm sinh, bệnh chuyển hóa, thính lực, suy giảm miễn dịch mắc phải (HIV), bệnh hemoglobin để xử trí sớm.

3.4. Dự phòng cho trẻ dưới 1 tuổi và trẻ nhỏ

Đặc điểm chung của trẻ ở tuổi này là tăng trưởng và phát triển nhanh, tiếp xúc rộng rãi với môi trường bên ngoài, bệnh phổ biến là các bệnh liên quan đến dinh dưỡng, nhiễm khuẩn, răng miệng và tai nạn.

- Chăm sóc dinh dưỡng là biện pháp cơ bản để đáp ứng yêu cầu tăng trưởng, phát triển nhanh, dự phòng bệnh thiếu và thừa dinh dưỡng, tăng cường miễn dịch. Cho trẻ bú sữa mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu, kéo dài đến 18 tháng tuổi, có thể kéo dài đến 2 năm. Cho ăn bổ sung đầy đủ năng lượng và dưỡng chất từ sau tháng thứ 6. Lưu ý bổ sung dưỡng chất giàu vitamin D để phòng còi xương; giàu sắt để phòng thiếu máu, giàu vitamin A để phòng khô mắt và tăng cường miễn dịch, giầu iodin để phòng bướu cổ.

- Tiêm chủng là biện pháp dự phòng quan trọng để dự phòng các bệnh truyền nhiễm. Với trẻ dưới 1 tuổi phải hoàn thành chương trình tiêm chủng mở rộng, bao gồm vacxin phòng lao, bạch hầu, ho gà, uốn ván, bại liệt, sởi, viêm gan B. Tùy theo hoàn cảnh, thêm vacxin phòng Hemophilus influenzae typ B, phòng phế cầu, quai bị, Rubella, Varicella, màng não cầu và vacxin phòng bệnh dịch mới bùng phát.

- Chăm sóc răng miệng dự phòng bệnh về răng miệng. Hướng dẫn trẻ có chế độ ăn ít đường tự do, đánh răng ngày 2 lần, thuốc đánh răng có fluorid.

- Dự phòng tai nạn. Ở lứa tuổi trẻ nhỏ, tai nạn thường thấy là ngã, chấn thương, đuối nước, bỏng nước, ngộ độc, sặc dị vật. Biện pháp dự phòng thích hợp là tổ chức sân chơi, phòng chơi an toàn, đồ chơi thích hợp lứa tuổi, giám sát trẻ chặt chẽ ở nơi gần nguồn nước, nguồn điện, lửa, nước sôi, bảo quản thuốc trong lọ kín để quá tầm tay trẻ, chăm sóc ăn uống cẩn thận đề phòng hít vào dị vật….

- Chẩn đoán sớm, điều trị hiệu quả các bệnh sẽ hạn chế được một số bệnh mạn tính, giảm biến chứng gây tật nguyền sau này. Thí dụ chẩn đoán sớm, điều trị tích cực các bệnh viêm màng não, xuất huyết não-màng não sẽ giảm được các di chứng thần kinh nặng nề. Chẩn đoán sớm, điều trị tốt viêm họng do liên cầu khuẩn sẽ tránh được bệnh thấp tim, viêm cầu thận.

- Hướng dẫn, tạo điều kiện để trẻ hoạt động thể lực, chơi ngoài trời là một biện pháp dự phòng tăng cường sức khoẻ, giảm tỷ lệ trẻ thừa cân, béo phì, phát triển xương tốt, giảm yếu tố nguy cơ bệnh tim mạch.

3.5. Dự phòng ở thời kỳ trẻ lớn và thanh niên

Ở thời kỳ này trẻ bắt đầu dậy thì, cơ thể tăng trưởng và phát triển nhanh, biến động về tâm lý, cảm xúc, hành vi, phát triển giới tính, tình dục. Bệnh lý cần quan tâm dự phòng ở giai đoạn này là thừa cân, béo phì; rối loạn về tâm lý, hành vi như trầm cảm, lo âu, hút thuốc, uống rượu, nghiện ngập các chất độc hại, tai nạn, nhất là tai nạn giao thông; bệnh lý về tình dục như nhiễm khuẩn lây qua đường tình dục, có thai ngoài ý muốn ở thanh-thiếu niên. Ngoài ra, tình trạng bị hành hạ hay bỏ rơi cũng là thách thức ở lứa tuổi này. Do đó biện pháp dự phòng cho lứa tuổi này là:

- Hướng dẫn một nếp sống khỏe mạnh, dinh dưỡng hợp lý, cân bằng dưỡng chất, hạn chế quá nhiều đường, lipid, tăng cường rau, quả, và rèn luyện thân thể đều đặn để tránh thừa cân, béo phì.

- Loại bỏ thói quen có hại sức khỏe như hút thuốc lá, nghiện rượu, nghiện ma túy phi pháp, tránh xa tệ nạn xã hội khác.

- Chăm sóc tinh thần, tâm lý, với sự kết hợp giữa gia đình, học đường, các tổ chức xã hội, vận động xây dựng gia đình văn hoá là biện pháp dự phòng rối loạn tâm lý, hành vi, và giảm tỷ lệ trẻ bị hành hạ và bỏ rơi

- Giáo dục giới tính, tình dục lành mạnh ngay từ tuổi học đường cho trẻ thành niên là biện pháp hiệu quả dự phòng nhiễm trùng lây qua đường tình dục, có thai ngoài ý muốn vị thành niên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế.** Kết quả tiêm chủng cho trẻ em dưới 1 tuổi. Niên gián thống kê 1997: 70.
2. **Bộ Y tế, Tổng cục thống kê.** Mức độ bao phủ chương trình tiêm chủng mở rộng. Điều tra y tế quốc gia 2001-2002, Chuyên đề Mức độ bao phủ của các chương trình y tế công cộng, Y học 2003: 38-40.
3. **Bộ Y tế, Tổng cục thống kê.** Chuyên đề Thực trạng các mục tiêu y tế quốc gia. Điều tra y tế quốc gia 2001-2002, Y học 2003: 76-77.
4. **Nguyễn Công Khanh, Nguyễn Văn Thắng.** Đánh giá hiệu quả dự phòng xuất huyết não - màng não ở trẻ nhỏ bằng tiêm vitamin K cho trẻ sơ sinh. Đề tài cấp Bộ Y tế, 2005.
5. **TCTK - UNICEF.** Điều tra đánh giá các mục tiêu trẻ em và phụ nữ Multople Indicator Cluster Survey (MICS) 2006, 2011, 2014, 3030.
6. **Viện Dinh dưỡng.** Chiến lược quốc gia về dinh dưỡng giai đoạn 2011-2020.
7. **Vụ sức khoẻ sinh sản, Bộ Y tế.** Tình trạng chăm sóc sức khoẻ trẻ sơ sinh trên thế giới và Việt Nam, 2004: 7.
8. **Vụ sức khoẻ sinh sản, Bộ Y tế**. Sức khoẻ trẻ sơ sinh, 2004: 8-9.
9. **Arenz S, Ruckert R, Koletzko B** *et al*. Breastfeeding and childhood obesity, a systematic review. Int J Obes Relat Metal Disord 2004;28(10):1247-1256. https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0802758
10. **Barker DJ**. The fetal and infant origins of disease. Eur J Clin Invest 1995;25(7):457-463. https://doi.org/10.1111/j.1365-2362.1995.tb01730.x

11. **Barker DJ**. Fetal origins of coronary heart disease. BMJ 1995;311(6998):171-174. https://doi.org/10.1136/bmj.311.6998.171
12. **Boreham C, Riddoch C**. The physical activity fitness and health of children. J Sport Sci 2001;19(12):915-929. https://doi.org/10.1080/026404101317108426
13. **Botting B, Rosato M, Wood R**. Teenage mothers and the health of their children. Popul Trends 1998;93:19-28.
14. **British Medical Association**. Childhood immunisation: a guide of healthcare professionals, London, 2003.
15. **Campbell H, Jones IJ**. Breastfeeding in Scotland. Glasgow; Scottish Forum for Public Health Medicine, 1994.
16. **Campbell H, Wood R**. Preventive Pediatrics. In: McIntosh N, Helms PJ, Smyth RL, Logan S, eds Forfar & Arneil's Textbook of Pediatrics, 7th ed, Churchill Levingstone 2008:27-43.
17. **Castles A, Adams EK, Melvin CL** *et al*. Effects of smoking during pregnancy. Am J Prev Med 1999;16(3):208-215. https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00089-0
18. **Daltvelt AK, Oyen N, Skijaereven** R *et al*. The epidemic of SIDS in Norway 1967 - 1993. Arch Dis Child 1997;77(1):23-27. https://doi.org/10.1136/adc.77.1.23
19. **Graham H, Power C**. Childhood Disadvantage and Adult Health. A lifecourse Framework. London Health Development Agency, 2004.
20. **Hagan JF, Duncan PM**. Maximising Children's Health Screening, Anticipatory Guidance and Counseling. In: Kliegman, Behrman, Jenson, Stanton, eds, Nelson Textbook of Pediatrics, 18th ed, Saunders 2007: 27-31.
21. **Jarvis S, Towner E, Walsh S**. Accidents. The health of our children, London, HMSO, 1996.
22. **Kuh D, Ben-Shlomo Y**. A life course approach to chronic disease epidemiology. 2nd edn, Oxford University Press, 200
23. **Lau C, Rogers CM**. Embryonic and fetal programming of physiological disorders in adulthood. Birth Defects Research (Part C) 2004;72(4):300-312. https://doi.org/10.1002/bdrc.20029
24. **Lucas A, Marley R, Cole TJ** *et al*. Breast milk and subsequent intelligence quotient in children born preterm. Lancet 1992;339(8788):261-264. https://doi.org/10.1016/0140-6736(92)91329-7