

DOI: 10.58490/CTUMP.2024I76.2673

**NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM VÀ KẾT CỤC THAI KỲ Ở THAI PHỤ
TUỔI VỊ THÀNH NIÊN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG
CẦN THƠ NĂM 2022-2024**

Đầu Thị Tuyết Nhung, Đoàn Thanh Điền, Lâm Đức Tâm*

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: ldtam@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 04/5/2024

Ngày phản biện: 18/6/2024

Ngày duyệt đăng: 25/7/2024

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Vị thành niên là giai đoạn giữa thời kỳ trẻ em và người trưởng thành. Mang thai và sinh đẻ ở độ tuổi này liên quan đến kết cục thai kỳ bất lợi cho cả mẹ và bé-ảnh hưởng trực tiếp đến sức khỏe thể chất và tinh thần cho thai phụ, thai nhi đồng thời hạn chế cơ hội học tập, nghề nghiệp phụ nữ trong tương lai. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm và đánh giá kết cục thai kỳ ở thai phụ tuổi vị thành niên tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2022-2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 321 thai phụ từ 10 đến 19 tuổi nhập viện, theo dõi sinh tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $17,8 \pm 1,3$. Tỷ lệ thai phụ vị thành niên mang thai ngoài ý muốn là 85%. Đái tháo đường thai kỳ là bệnh lý chiếm tỷ lệ cao nhất với 2,5% trong số các bệnh lý được ghi nhận khi mang thai. Tỷ lệ mổ lấy thai là 43,6%. Tỷ lệ sinh non 12,5%. Cân nặng trung bình của trẻ sơ sinh là $2918 \pm 438,1$ gram, tỷ lệ trẻ có cân nặng dưới 2500 gam là 12,1% và trẻ gửi đơn vị sơ sinh là 4,3%. Các nguy cơ trẻ sinh non, cân nặng sơ sinh thấp, gửi sơ sinh, tỷ lệ mổ lấy thai tăng liên quan tuổi mẹ với $p < 0,05$. **Kết luận:** Mang thai ở tuổi vị thành niên liên quan đến việc kết hôn sớm, mang thai ngoài ý muốn, không sử dụng biện pháp tránh thai, tăng tỷ lệ sinh non, cân nặng trẻ sơ sinh thấp và gửi đơn vị sơ sinh. Đái tháo đường thai kỳ là bệnh lý thường gặp trong khi mang thai. Thai phụ vị thành niên có ít nhất một kết cục thai kỳ bất lợi.

Từ khóa: Mang thai ở thai phụ tuổi vị thành niên, bệnh viện, sinh non.

ABSTRACT

**RESEARCH ON CHARACTERISTICS AND OBSTETRIC OUTCOMES
AMONG ADOLESCENT PREGNANCIES AT CAN THO
CENTRAL GENERAL HOSPITAL IN 2022-2024**

Dau Thi Tuyet Nhung, Doan Thanh Dien, Lam Duc Tam*

Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Adolescence is the period between childhood and maturity. Pregnancy and childbirth at this age are associated with adverse pregnancy outcomes for both mother and infant. This directly affects the physical and mental health of the pregnant woman and the fetus while also limiting the woman's future education and career opportunities. **Objectives:** To describe characteristics and obstetric outcomes in adolescent pregnancies at Can Tho Central General Hospital in 2022-2024. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study on 321 cases of pregnant women from 10 to 19 years old hospitalized and monitored at Can Tho Central General Hospital. **Results:** The average age was 17.8 ± 1.3 . The rate of unwanted pregnancies among adolescents was 85%. Gestational diabetes mellitus was the most prevalent condition, affecting 2.5% of all documented pregnancy-related pathologies. The cesarean section rate was 43.6%. Premature birth rate was 12.5%. The average weight of newborns was 2918 ± 438.1 grams, the

proportion of children weighing less than 2500 grams was 12.1% and infants admission to the neonatal unit are 4.3%. The risks of premature birth, low birth weight, neonatal delivery, and cesarean section rate increase related to maternal age with $p < 0.05$. **Conclusion:** Adolescent pregnancy was associated with early marriage, unwanted pregnancy, lack of contraceptive, increased rates of preterm birth, low birth weight, and admission to neonatal unit. Gestational diabetes mellitus was a common condition during pregnancy. Most pregnant adolescents had at least one adverse outcome.

Keywords: Adolescent pregnancies, hospital, preterm birth.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO) 2019, vị thành niên là những người từ 10 đến 19 tuổi, mỗi năm có khoảng 21 triệu bé gái từ 15 đến 19 tuổi ở các khu vực đang phát triển mang thai và khoảng 12 triệu trong số đó đã sinh con – hầu hết ở các nước có thu nhập thấp và trung bình [1]. Số liệu của Ban Dân số Liên hợp quốc, về tỉ suất sinh ở tuổi vị thành niên (10–19 tuổi) của Việt Nam trong cả giai đoạn 2011– 2020 khá cao trong suốt 10 năm qua, dao động từ 2,5% – 3,6% - cao hơn quốc gia đông dân nhất thế giới là Trung Quốc tới 4,2 lần; cao hơn Malaysia 2,4 lần; Singapore 8,6 lần và cao hơn Hàn Quốc tới 21 lần [2].

Kết quả của nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy, mang thai ở tuổi vị thành niên (VTN) liên quan đến nhiều nguy cơ về sức khỏe và xã hội. Thai kỳ của trẻ VTN có nguy cơ cao bị thiếu máu, sinh non, sinh nhẹ cân [3]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hà và cộng sự tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội năm 2022 tỷ lệ thai phụ có kết cục thai kỳ bất lợi về phía cả mẹ và con chiếm 83,2% [4]. Mang thai ở độ tuổi vị thành niên là vấn đề được quan tâm hiện nay. Tuy nhiên, hiện nay tại Đồng bằng Sông Cửu Long nói chung và tại Thành phố Cần Thơ nói riêng chưa có nhiều nghiên cứu về vấn đề này. Vì vậy, nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu: Mô tả đặc điểm, tìm hiểu một số yếu tố liên quan giữa các nhóm tuổi và đánh giá kết cục thai kỳ ở thai phụ tuổi vị thành niên tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2022-2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Tất cả thai phụ từ 13 đến 19 tuổi nhập viện và theo dõi sinh tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ năm 2022 đến 2024.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Thai phụ không đồng ý tham gia nghiên cứu. Thai phụ khó tiếp xúc, rối loạn tâm thần.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

- **Cỡ mẫu:** 321 thai phụ phù hợp với tiêu chuẩn chọn mẫu.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện không xác suất, lấy toàn bộ các trường hợp thai phụ thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu trong thời gian tiến hành nghiên cứu.

- **Nội dung nghiên cứu**

+ Đặc điểm thai phụ và một số yếu tố liên quan: tuổi, nơi ở, tình trạng hôn nhân, số lần mang thai, biện pháp tránh thai, mang thai ngoài ý muốn, bệnh lý trong thai kỳ.

+ Đặc điểm kết cục thai kỳ: phương pháp sinh, tuổi thai lúc sinh, cân nặng trẻ sơ sinh, chỉ số Apgar thời điểm 1 phút và 5 phút, tình trạng bé gửi sơ sinh, kết cục thai kỳ bất lợi- thai phụ có kết cục bất lợi về phía mẹ và/hoặc con là có ít nhất một bất thường trong thai kỳ (bệnh lý đài tháo đường thai kỳ, tiền sản giật, dọa sảy thai, ối vỡ non) và/hoặc trong

lúc sinh (mổ lấy thai, sinh non, sinh khó) và/hoặc sau sinh (nhiễm trùng hậu sản, chảy máu sau sanh, rách tầng sinh môn phức tạp). Thai phụ có biến cố bất lợi về phía con: nhẹ cân, non tháng, trẻ gửi sơ sinh).

- **Phương pháp thu thập số liệu:** Chọn tất cả các thai phụ nhập viện theo dõi sinh, thu thập số liệu dựa trên bảng phỏng vấn thu thập số liệu đã được thiết kế sẵn và hồ sơ bệnh án.

- **Các bước tiến hành nghiên cứu:**

Bước 1: Tiếp nhận đối tượng. Tiến hành tiếp nhận thai phụ tại Khoa Phụ Sản, chọn lựa đối tượng phù hợp với tiêu chuẩn chọn mẫu để tư vấn tham gia nghiên cứu. Giải thích rõ ràng với thai phụ và người nhà, đối tượng đồng ý tham gia nghiên cứu.

Bước 2: Thu thập số liệu. Tiến hành sử dụng bảng câu hỏi để khảo sát thai phụ, bao gồm các câu hỏi về đặc điểm chung, tình trạng sức khỏe sinh sản, tình trạng thai kỳ.

Bước 3: Theo dõi quá trình chuyển dạ và các biến chứng trong quá trình chuyển dạ, phương pháp chấm dứt thai kỳ, kết quả sản khoa của mẹ và bé. Theo dõi biến chứng sớm có thể xảy ra trong thời gian hậu sản, hậu phẫu

- **Xử lý số liệu:** Sử dụng phần mềm SPSS 20. Đối với biến định tính trình bày bằng tần số, tỷ lệ. Đối với biến định lượng được báo cáo bằng trung bình, độ lệch chuẩn. Sử dụng kiểm định thống kê Chi-square để kiểm định mối liên quan giữa các biến. Mối liên quan có ý nghĩa khi $p < 0,05$.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh trường Đại học Y Dược Cần Thơ, số 22.304.HV/PCT-HĐĐĐ ngày 10/08/2022.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi ghi nhận 321 trường hợp thai phụ phù hợp tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu.

3.1. Đặc điểm chung và một số yếu tố liên quan giữa các nhóm tuổi

Bảng 1. Tỷ lệ thai phụ vị thành niên theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Tần số (n=321)	Tỷ lệ (%)
13-16 tuổi	61	19
17-19 tuổi	260	81
Tuổi trung bình \pm độ lệch chuẩn	17,8 \pm 1,3	
Tuổi thấp nhất	13	

Nhận xét: Tuổi trung bình của các thai phụ vị thành niên là 17,8 \pm 1,3 tuổi. Tuổi thấp nhất là 13 tuổi, nhóm 13-16 tuổi chiếm 19% các trường hợp thai phụ vị thành niên.

Bảng 2. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Nhóm tuổi thai	13-16 tuổi (n=61, %)	17-19 tuổi (n=260, %)	Tổng (n=321)	P
	Nơi ở	Nông thôn	39 (63,9)	139(53,5)	
	Thành thị	22 (36,1)	121 (46,5)	143 (44,5)	
Hôn nhân	Đã kết hôn	42 (68,9)	225 (86,5)	267 (83,2)	0,001
	Chưa kết hôn	19 (31,1)	35 (13,5)	54 (16,8)	
Số lần mang thai	Con so	60 (98,4)	229 (88,1)	289 (90)	0,016
	Con rạ	1(1,6)	31 (11,9)	32 (10)	
Sử dụng biện pháp tránh thai	Có	12 (19,7)	59 (22,7)	71 (22,1)	0,609
	Không	49 (80,3)	201 (77,3)	287 (77,9)	

TẠP CHÍ Y DƯỢC HỌC CẦN THƠ – SỐ 76/2024

Mang thai ngoài ý muốn	Có	59 (96,7)	214 (82,3)	273 (85)	0,004
	Không	2 (3,3)	46 (17,7)	48 (15,0)	
Bệnh lí trong thai kỳ	Không	58 (95,1)	242 (94,6)	304 (94,7)	0,884
	Tăng huyết áp	2 (3,3)	4 (1,5)	6 (1,9)	
	ĐTĐ thai kỳ	1 (1,6)	7 (2,7)	8 (2,5)	
	Bệnh lí khác	0 (0,00)	3 (1,2)	3 (0,9)	

Nhận xét: Thai phụ đã kết hôn chiếm 83,2%, với 86,5% ở nhóm 17-19 tuổi. Tỷ lệ sinh con rạ là 10%; Tỷ lệ thai phụ vị thành niên mang thai ngoài ý muốn là 85%, nhóm thai phụ từ 13-16 tuổi là 96,7%, cao hơn so với nhóm thai phụ từ 17-19 tuổi, 82,3%. Sự khác biệt giữa nhóm thai phụ 13- 16 tuổi và nhóm 17- 19 tuổi có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$. Tỷ lệ không sử dụng biện pháp tránh thai là 77,9%. Chưa ghi nhận sự khác biệt ở thai phụ sống thành thị hay nông thôn, sử dụng biện pháp tránh thai và bệnh lí lúc mang thai, $p > 0,05$. Đái tháo đường thai kỳ là bệnh lí chiếm tỷ lệ cao nhất với 2,5%.

3.2. Kết cục thai kỳ

Bảng 3. Đặc điểm kết cục thai kỳ của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Nhóm tuổi mẹ		P
		13-16 tuổi (n=61,%)	17-19 tuổi (n=260,%)	
Phương pháp sinh	Mổ lấy thai	19 (31,1)	121(46,5)	0,029
	Sinh ngã âm đạo	42(68,9)	139 (53,5)	
Tuổi thai	Sinh non(<37 tuần)	14 (23)	26 (10)	0,006
	Đủ tháng(≥ 37 tuần)	47 (77)	234 (90)	
Cân nặng trẻ sơ sinh	Nhẹ cân(<2500g)	12 (19,7)	27 (10,4)	0,046
	Đủ cân(≥ 2500 g)	49 (80,3)	233(89,6)	
Cân nặng trung bình trẻ \pm độ lệch chuẩn		2821,3 \pm 443,5	2941,5 \pm 434,5	
Chỉ số Apgar 1phút, 5 phút <7điểm	Có	3 (4,9)	8 (3,1)	0,477
	Không	58 (95,1)	252 (96,9)	
Gửi đơn vị sơ sinh	Có	6 (9,8)	8 (3,1)	0,02
	Không	55 (90,2)	252 (96,9)	

Nhận xét: Các trường hợp thai phụ 13-16 tuổi ghi nhận có số trường hợp sinh non chiếm 23%; Cân nặng trung bình của trẻ là 2821,3 \pm 443,5 gam, tỷ lệ bé gửi sơ sinh là 9,8%. So với nhóm thai phụ từ 17- 19 tuổi khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$; nên trường hợp thai phụ càng nhỏ tuổi có nguy cơ nhiều hơn cho thai phụ và bé. Nhưng tỷ lệ mổ lấy thai ở nhóm thai phụ 17-19 tuổi 46,5%; nhưng sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê, tương tự về chỉ số Apgar.

Bảng 4. Tỷ lệ thai phụ có kết cục thai kỳ bất lợi cả về phía mẹ và/hoặc con

Kết cục thai kỳ bất lợi		Nhóm tuổi mẹ		Tổng (n=321,%)	P
		13-16 tuổi (n=61,%)	17-19 tuổi (n=260,%)		
Có		54 (88,5)	198(76,2)	252 (78,5)	0,034
Không		7 (11,5)	62 (23,8)	69(21,5)	

Nhận xét: Tỷ lệ thai phụ có kết cục bất lợi cả về phía mẹ và/hoặc con là 78,5%. Tỷ lệ này ở nhóm tuổi từ 13-16 là 88,5% cao hơn nhóm tuổi từ 17-19 là 76,2%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung và một số yếu tố liên quan giữa các nhóm tuổi

Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $17,8 \pm 1,3$ tuổi, thấp hơn với độ tuổi trung bình của nghiên cứu Nguyễn Thanh Hải là 18 ± 1 tuổi thực hiện tại Bệnh viện Đại học Y Dược Huế [3] và Nguyễn Thị Thu Hà ($18,26 \pm 1,021$ tuổi) thực hiện tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội [4]. Có sự khác biệt này có thể do các nghiên cứu trên thực hiện ở Huế và Hà Nội, điều kiện kinh tế xã hội, y tế khá phát triển, do đó độ tuổi trung bình mang thai và sinh đẻ ở tuổi vị thành niên cao hơn so với Cần Thơ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 1 thai phụ 13 tuổi sinh thường non tháng, 18 thai phụ 15 tuổi có 3 thai phụ sinh non, 7 thai phụ mổ lấy thai vì lý do sản khoa. Nghiên cứu của Fouelifack, Florent Ymele và các cộng sự kết luận thai phụ có độ tuổi càng thấp càng làm tăng các nguy cơ cho mẹ và thai nhi khi sinh hoặc mổ lấy thai như tăng nguy cơ sinh non, sẩy thai, thai chậm phát triển trong tử cung và hoặc các biến chứng khác trong thai kỳ, chuyển dạ và sau sinh với mẹ và thai [5].

Tại bảng 2, kết quả cho thấy tỷ lệ thai phụ sống ở nông thôn là 55,5%, thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thanh Hải tại Huế (65,2%) [3] và Nguyễn Thị Hồng tại Thái Nguyên (70,4%) [6]. Sự khác biệt giữa nghiên cứu của chúng tôi với các tác giả khác là do khác nhau về địa điểm nghiên cứu và văn hóa vùng miền. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu tại Cần Thơ, là một trong những trung tâm kinh tế, văn hóa, giáo dục, y tế lớn của khu vực Đồng bằng sông Cửu Long nên kết quả này phù hợp đặc điểm nơi sống của đối tượng nghiên cứu. Kết quả ghi nhận nhóm mang thai ở tuổi vị thành niên tham gia quản lý thai kỳ, có đến 85% các trường hợp mang thai ngoài ý muốn- đây là vấn đề cần được chú ý và quan tâm. Tham khảo nghiên cứu của Nguyễn Thanh Hải là 81,5% [3]- 2 nghiên cứu có kết quả tương đương nhau, trong đó, nhóm thai phụ từ 13-16 tuổi là 96,7%, cao hơn so với nhóm thai phụ từ 17- 19 tuổi, 82,3%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$. Ngoài ra, kết quả cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ thai phụ vị thành đã kết hôn ở 2 nhóm tỷ lệ này lần lượt là 68,9% và 86,5%. Tỷ lệ thai phụ ở tuổi vị thành niên không sử dụng bất kỳ biện pháp tránh thai cao trong nghiên cứu chúng tôi chiếm 77,9% so với tỷ lệ ở Hoa Kỳ là 25%, Pháp là 11%, Anh và Thụy Điển (21 - 22%) [7].

4.2. Kết cục thai kỳ của đối tượng nghiên cứu

Tỷ lệ thai phụ chuyển dạ sinh đường âm đạo là 56,4%, tỷ lệ mổ lấy thai là 43,6%. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ sinh đường âm đạo cao hơn và tỷ lệ mổ lấy thai nhưng sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê, $p > 0,05$; Tuy nhiên, kết quả của chúng tôi có thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng với tỷ lệ sản phụ sinh đường âm đạo là 46,7%, tỷ lệ mổ lấy thai là 51,4% [6]. Tham khảo nghiên cứu của Phạm Thị Kim Hoàn, có tỷ lệ sinh đường âm đạo là 79,5% và 18,6% trường hợp có sinh mổ lấy thai [8]; kết quả này có khác so với chúng tôi. Các thai phụ luôn được theo dõi sinh đường âm đạo, là vấn đề ưu tiên trong quá trình theo dõi chuyên dạ sinh. Tuy nhiên, các trường hợp sinh mổ lấy thai trong nghiên cứu của chúng tôi vẫn khá cao, điều này có thể là do khác biệt về số lượng đối tượng, thời gian nghiên cứu, những thai phụ càng nhỏ tuổi thì khung chậu thường chưa phát triển hoàn chỉnh để đảm nhận chức năng sinh sản, cũng như nhiều thai phụ còn ít tuổi, khó hợp tác với nhân viên y tế trong quá trình rặn sinh, vì vậy bác sĩ thường lựa chọn mổ lấy thai. Quá trình chuyển dạ ở thai phụ trẻ tuổi thường có nguy cơ sinh khó hơn như chuyển dạ kéo dài, suy thai, rối loạn cơn co tử cung... Các yếu tố này làm tăng tỷ lệ mổ lấy thai ở nhóm thai phụ dưới 20 tuổi tại các bệnh viện. Tỷ lệ mổ lấy thai ở nhóm thai phụ 17-19 tuổi 46,5% cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm 13-16 tuổi, $p < 0,05$. Tỷ lệ sinh non ở nhóm

thai phụ 13-16 tuổi chiếm 23,0%, cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm 17-19 tuổi là 10%. Tỷ lệ trẻ sơ sinh có chỉ số Apgar <7 vào thời điểm 1 phút không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm thai phụ tuổi vị thành niên. Từ những phân tích trên tuổi thai kết thúc thai kỳ nhỏ và cân nặng thai nhi thấp là các yếu tố làm giảm tỷ lệ mổ lấy thai ở nhóm thai phụ ở độ tuổi 13-16 tuổi.

Cân nặng trung bình của trẻ sơ sinh ở nhóm thai phụ tuổi vị thành niên là $2918 \pm 438,13$ gram; kết quả này tương tự nghiên cứu của Nguyễn Thanh Hải là $2,925 \pm 376$ g [3]. Tại bảng 3.3, tỷ lệ trẻ có cân nặng dưới 2500 gam và trẻ sơ sinh gửi sơ sinh lần lượt là 12,1% và 4,3%. Đây là kết quả tương đối cao, cần quan tâm và phù hợp với y văn. Tham khảo nghiên cứu khác có kết quả tương tự như nghiên cứu của Njim T về tỷ lệ nhẹ cân là 15,5% [9] và nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng là 16,8% [6] và kết quả chúng tôi có thấp hơn so với Phạm Thị Kim Hoàn (35,5% và 30,9%) [8]. Có sự khác biệt là tỷ lệ sinh non trong nghiên cứu của chúng tôi là 12,5% nhưng nghiên cứu của Phạm Thị Kim Hoàn là 42,2% [8]. Trong 2 nhóm thai phụ vị thành niên, tỷ lệ trẻ sơ sinh nhẹ ở nhóm thai phụ 13-16 tuổi là 19,7% cao hơn so với nhóm thai phụ 17-19 tuổi là 10,4% và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$ và tương tự khi phân tích về tỷ lệ bé gửi sơ sinh ở nhóm thai phụ 13-16 tuổi là 9,8% cao hơn so với nhóm thai phụ 17-19 tuổi là 3,1%. Điều này chứng tỏ tỷ lệ sinh non cao ở nhóm thai phụ trẻ vị thành niên có tuổi càng nhỏ có thể dẫn đến cân nặng thấp hơn ở những trẻ được sinh ra và tỷ lệ bé gửi sơ sinh cao hơn. Qua đây có thể thấy thai nghén của thai phụ vị thành niên có rất nhiều nguy cơ cho thai nhi như sinh non, nhẹ cân và gửi sơ sinh.

Ở bảng 4, tỷ lệ thai phụ có kết cục bất lợi cả về phía mẹ và con ở thai phụ vị thành niên tương đối cao (78,5%). Tỷ lệ này khá tương đồng với nghiên cứu của Thirukuma trên đối tượng vị thành niên tại Sri Lanka năm 2019 (81,1%) [10] và nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hà tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội năm 2022 (83,2%) [4]. Tỷ lệ thai phụ có kết cục bất lợi về phía mẹ và/hoặc về phía con ở nhóm tuổi từ 13-16 tuổi cao hơn, có ý nghĩa thống kê với nhóm tuổi từ 17-19 (88,5% và 76,2% với $p < 0,05$). Từ kết quả trên cho thấy hầu hết thai phụ vị thành niên có ít nhất một kết cục bất lợi (về phía mẹ và/hoặc về phía con) đặc biệt là nhóm tuổi 13-16 còn rất trẻ.

V. KẾT LUẬN

Thai phụ đã kết hôn, mang thai ngoài ý muốn; không sử dụng biện pháp tránh thai chiếm đa số. Mang thai ở tuổi vị thành niên làm tăng tỷ lệ sinh non, cân nặng trẻ sơ sinh thấp và gửi đơn vị sơ sinh. Đái tháo đường thai kỳ là bệnh lý chiếm tỷ lệ cao nhất với 2,5% trong số các bệnh lý được ghi nhận khi mang thai. Thai phụ vị thành niên có ít nhất một kết cục thai kỳ bất lợi. Vì thế nên tăng cường các chương trình giáo dục sức khỏe sinh sản cho vị thành niên để hạn chế thấp nhất tỉ lệ mang thai sinh đẻ ở tuổi vị thành niên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization. Adolescent pregnancy: Evidence brief. 2019. 4.
2. Nguyễn Thị Thuý Hiền. Mang thai, sinh con ở tuổi chưa thành niên tại Việt Nam và một số khuyến nghị. *Social Sciences*. 2022. 67(3), 204-212, Doi: 10.18173/2354-1067.2022-0054.
3. Nguyễn Thanh Hải, Võ Thị Ngọc Hạnh, Trần Thị Mỹ Trung, Nguyễn Hồng Nhân, Đinh Thanh Linh, Trần Mạnh. Mang thai ở tuổi vị thành niên: đặc điểm và kết quả thai kỳ. *Tạp chí Phụ sản*. 2020. 18(3), 27-33, Doi:10.46755/vjog.2020.3.1111.
4. Nguyễn Thị Thu Hà, Dương Thị Trà Giang, Vũ Thị Mai Anh. Tỷ lệ, đặc điểm chung và kết cục bất lợi ở thai phụ vị thành niên sinh tại bệnh viện phụ sản Hà Nội. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022. 529(2), 317-320-33, Doi: 10.51298/vmj.v529i2.6518.

5. Fouelifack, Florent Ymele và các cộng sự. Outcome of deliveries among adolescent girls at the Yaoundé central hospital. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2014.14(1),102, Doi:10.1186/1471-2393-14-102.
 6. Nguyễn Thị Hồng, Bé Thị Hoa, Dương Tiến Minh, Bùi Ngọc Diệp, Hoàng Quốc Huy. Kết quả mang thai ở tuổi vị thành niên tại Bệnh viện trung ương Thái Nguyên. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022. 514(1),146-149, Doi:10.51298/vmj.v514i1.2535.
 7. Laura D. Lindberg. Changing Patterns of Contraceptive Use and the Decline in Rates of Pregnancy and Birth Among U.S Adolescents, 2007-2014. *Journal of Adolescent Health*. 2018. 63(2), 253-256, Doi:10.1016/j.jadohealth.2018.05.017.
 8. Phạm Thị Kim Hoàn, Nguyễn Thanh Phong. Nghiên cứu kết quả xử trí sản khoa ở thai phụ dưới 18 tuổi tại bệnh viện phụ sản Trung ương từ năm 2017 đến năm 2019. Trường Đại học Y Hà Nội. 2019. 46.
 9. Tsi Njim and Valirie Ndip Agbor. Adolescent deliveries in rural Cameroon: comparison of delivery outcomes between primipara and multipara adolescents. *BMC research notes*. 2018.11 (1),427, Doi: 10.1186/s13104-018-3550-z.
 10. Thirukumar, Markandu, Thadchanamoorthy, Vijayakumary, Dayasiri, Kavinda. Adolescent pregnancy and outcomes: A hospital-based comparative study at a tertiary care unit in Eastern Province, Sri Lanka. Eastern University. 2020. 12(12).
-