

Nghiên cứu

## Nghiên cứu kết cục thai kỳ ở sản phụ vị thành niên đến sinh tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế

Hồ Ngọc Đức\*, Phan Đức Thái Duy, Nguyễn Đăng Lưu, Nguyễn Thị Kim Anh

Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế

\*Tác giả liên hệ (Corresponding author): Hồ Ngọc Đức, Email: hnduc@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài (Received): 17/04/2026; Ngày duyệt đăng (Accepted): 05/06/2026; Ngày xuất bản (Published): 18/06/2026

DOI:10.34071/jmp.2026.S-1.33

### Tóm tắt

**Đặt vấn đề:** Mang thai ở tuổi vị thành niên là vấn đề sức khỏe sinh sản đáng quan tâm do làm tăng nguy cơ bất lợi cho mẹ và trẻ sơ sinh. Việc đánh giá đặc điểm và kết cục thai kỳ ở nhóm đối tượng này có ý nghĩa quan trọng trong việc xây dựng các biện pháp can thiệp phù hợp tại địa phương.

**Mục tiêu:** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết cục thai kỳ của sản phụ vị thành niên đến sinh tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 128 thai phụ vị thành niên từ 13 đến 19 tuổi, tuổi thai từ 22 tuần trở lên, nhập viện theo dõi sinh tại Khoa Phụ sản, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế từ tháng 5 năm 2023 đến tháng 5 năm 2025. Số liệu về đặc điểm chung, lâm sàng, cận lâm sàng và kết cục thai kỳ được thu thập và xử lý bằng phần mềm thống kê với mức ý nghĩa ( $p < 0,05$ ).

**Kết quả:** Tuổi trung bình của sản phụ là 17,92 tuổi; nhóm từ 18 đến 19 tuổi chiếm 65,6%. Tuổi thai trung bình khi sinh là 38,0 tuần; tỷ lệ sinh non là 12,5%. Tỷ lệ mổ lấy thai là 15,6% với nguyên nhân thường gặp là thai suy và chuyển dạ đình trệ. Tỷ lệ trẻ sơ sinh nhẹ cân là 14,8%. Tỷ lệ kết cục thai kỳ bất lợi chung là 54,7%. Tuổi mẹ thấp < 18 tuổi có liên quan với kết cục thai kỳ bất lợi, sinh non và trẻ sơ sinh cần điều trị tích cực so với tuổi mẹ  $\geq 18$  tuổi.

**Kết luận:** Sản phụ vị thành niên có tỷ lệ kết cục thai kỳ bất lợi cao. Tuổi mẹ thấp (< 18 tuổi) có liên quan chặt chẽ với tỷ lệ cao hơn về kết cục bất lợi, sinh non và trẻ sơ sinh điều trị tích cực.

**Từ khóa:** thai phụ vị thành niên; kết cục thai kỳ; sinh non; nhẹ cân sơ sinh.

## Pregnancy outcomes among adolescent mothers delivering at Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital

Ho Ngọc Đức\*, Phan Đức Thái Duy, Nguyễn Đăng Lưu, Nguyễn Thị Kim Anh

Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

### Abstract

**Background:** Adolescent pregnancy remains a critical reproductive health issue as it is associated with increased risks for both mothers and newborns. Evaluating clinical characteristics and pregnancy outcomes in this group is essential for developing appropriate local interventions.

**Objective:** To investigate the clinical and laboratory characteristics, as well as pregnancy outcomes, of pregnant adolescents delivering at Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital.

**Materials and Methods:** A cross-sectional study was conducted on 128 adolescent pregnant women aged 13 to 19 years, with a gestational age of at least 22 weeks, admitted for delivery at the Department of Obstetrics and Gynecology, Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital, from May 2023 to May 2025. Data on demographic, clinical, and laboratory characteristics, as well as pregnancy outcomes, were collected and analyzed with statistical significance set ( $p < 0.05$ ).

**Results:** The mean maternal age was 17.92 years, with the 18 - 19 age group accounting for 65.6%. The mean gestational age at delivery was 38.0 weeks, and the preterm birth rate was 12.5%. The cesarean section rate was 15.6%, primarily due to fetal distress and labor arrest. The rate of low birth weight newborns was 14.8%. The overall rate of adverse pregnancy outcomes was 54.7%. Maternal age < 18 years was associated with adverse pregnancy outcomes, preterm birth, and neonates requiring intensive care admission compared to maternal age  $\geq 18$  years.

**Conclusion:** Adolescent mothers experience a high rate of adverse pregnancy outcomes. Maternal age < 18 years was significantly associated with a higher prevalence of adverse outcomes, preterm birth and neonates requiring intensive care.

**Keywords:** adolescent pregnancy, pregnancy outcomes, preterm birth, low birth weight

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mang thai ở tuổi vị thành niên là vấn đề y tế công cộng toàn cầu, liên quan chặt chẽ đến các yếu tố kinh tế - xã hội. Mỗi năm, các quốc gia thu nhập thấp và trung bình ghi nhận khoảng 21 triệu ca mang thai ở nhóm tuổi 15 - 19, dẫn đến 12 triệu ca sinh [1].

Năm 2024, trên toàn cầu có 4,7 triệu trẻ sơ sinh, tương đương khoảng 3,5% tổng số ca sinh sống trên thế giới, được sinh ra từ các bà mẹ dưới 18 tuổi. Trong số này, có khoảng 340.000 trẻ em gái dưới 15 tuổi, gây ra những hậu quả nghiêm trọng đối với sức khỏe và hạnh phúc của cả các bà mẹ trẻ và con cái của họ. Tại các quốc gia có thu nhập thấp, số ca sinh của các bà mẹ dưới 18 tuổi cao gấp 21 lần so với các quốc gia có thu nhập cao [2].

Khu vực Đông Nam Á hiện có tỷ lệ mang thai vị thành niên cao thứ ba thế giới. Tại Việt Nam, tỷ lệ này là 42/1.000 cao hơn nhiều quốc gia trong khu vực, đặc biệt tập trung ở miền núi phía Bắc và Tây Nguyên [3].

Các biến chứng trong quá trình mang thai và chuyển dạ là nguyên nhân gây tử vong cao thứ hai ở nhóm tuổi 15 - 19, đồng thời làm tăng rủi ro tử vong cho trẻ sơ sinh [1]. Các nghiên cứu cho thấy nhóm đối tượng này đối mặt với tỷ lệ cao các tai biến sản khoa ở mẹ như tiền sản giật (10,6 - 11,5% tại các nước đang phát triển) [4] và thiếu máu [5]. Bên cạnh đó, rủi ro cho thai nhi cũng gia tăng đáng kể, bao gồm sinh non (12,36%) [6] và trẻ sơ sinh nhẹ cân (aOR = 1,17) [7]. Tuy nhiên, các kết cục chuyển dạ như tỷ lệ mổ lấy thai hay thời gian chuyển dạ hiện vẫn còn nhiều tranh cãi và chưa thống nhất.

Việc đánh giá thực trạng mang thai và chuyển dạ của sản phụ vị thành niên tại địa phương là cơ sở quan trọng để đề xuất các giải pháp dự phòng, nhằm giảm thiểu các biến cố bất lợi. Do đó, chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu: (1) Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và (2) Đánh giá kết cục thai kỳ của nhóm sản phụ vị thành niên đến sinh tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu bao gồm tất cả thai phụ từ 10 - 19 tuổi, nhập viện theo dõi sinh tại Khoa Phụ Sản, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế từ tháng 5/2023

đến tháng 05/2025. Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu gồm các phụ nữ mang thai trong độ tuổi 10 - 19,  $\geq 22$  tuần thai, sản phụ và gia đình đồng ý tham gia nghiên cứu.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế: Mô tả cắt ngang kết hợp hồi cứu.

- Cỡ mẫu: Tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó, n là cỡ mẫu nhỏ nhất hợp lý; Z là giá trị phân phối tương ứng với độ tin cậy 95%, do đó Z = 1,96. Theo Vụ Sức khỏe Bà mẹ - Trẻ em (Bộ Y tế), tỷ lệ vị thành niên có thai trong tổng số người mang thai năm 2015 là 2,7%, do đó chọn p = 0,027; d là độ chính xác của nghiên cứu (d = 0,03). Cỡ mẫu tối thiểu cần đạt là n = 113. Mẫu nghiên cứu của chúng tôi đạt 128 sản phụ, trong đó có 69 sản phụ từ tháng 5/2023 - 5/2024, 59 sản phụ từ tháng 6/2024 - 5/2025.

- Chọn mẫu: Chọn tất cả các thai phụ nhập viện theo dõi sinh cho đến khi đạt được cỡ mẫu tối thiểu của nghiên cứu yêu cầu.

### 2.3. Nội dung và các biến số nghiên cứu

- Đặc điểm chung của thai phụ gồm độ tuổi trung bình, nơi ở, dân tộc, trình độ học vấn, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân.

- Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của thai kỳ gồm cân nặng trước mang thai, mức tăng cân thai kỳ, số lần khám thai và sàng lọc thai kỳ, bổ sung sắt (Fe), acid folic, canxi (Ca); huyết áp, thiếu máu, tình trạng ối, thời gian chuyển dạ.

- Kết quả thai kỳ gồm tuổi thai tỷ lệ mổ lấy thai, nguyên nhân mổ lấy thai bao gồm: thai suy, đầu không lọt, ngôi thai bất thường, chuyển dạ đình trệ, và vết mổ cũ; biến chứng sau sinh, tuổi thai kết thúc thai kỳ, cân nặng trẻ sơ sinh, kết cục thai kỳ.

- Kết cục thai kỳ bất lợi chung là một biến số gộp nhị phân (Có/Không), được tính là ,Có khi sản phụ hoặc trẻ sơ sinh xuất hiện ít nhất một trong các tiêu chuẩn sau: ối vỡ non, cạn ối/thiếu ối, tiền sản giật, thiếu máu, mổ lấy thai, biến chứng sau sinh, sinh non, nhẹ cân theo tuổi thai, trẻ cần chăm sóc/điều trị tích cực, tử vong sơ sinh.

### 2.4. Xử lý số liệu

Sử dụng kiểm định  $\chi^2$  để kiểm định mối liên quan giữa các biến, sử dụng kiểm định thống kê Fisher đối với các trường hợp có một trong các ô trong bảng Crosstabs có tần suất kỳ vọng nhỏ hơn 5. Sử dụng

kiểm định t-test để kiểm định mối liên quan giữa trung bình của các biến định lượng. Mối liên quan có ý nghĩa khi  $p < 0,05$ . Số liệu được quản lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 26.

## 2.5. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học theo Quyết định số H2024/283 ngày 10/06/2024.

## 3. KẾT QUẢ

**Bảng 1.** Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 128)

Đặc điểm		n	%
Tuổi	< 18	44	34,4
	18 - 19	84	65,6
$\bar{X} \pm SD$		17,92 $\pm$ 1,2	
Nơi cư trú	Thành phố	48	37,5
	Nông thôn	62	48,4
	Miền núi	18	14,1
Dân tộc	Kinh	109	85,2
	Khác	19	14,8
Trình độ học vấn	Dưới THCS	17	13,3
	THCS	79	61,7
	THPT	28	21,9
	Cao đẳng/Đại học	4	3,1
Tình trạng hôn nhân	Đã kết hôn	59	46,1
	Chưa kết hôn	69	53,9

Có 34,4% sản phụ dưới 18 tuổi và 65,6% sản phụ từ 18 - 19 tuổi. Về địa dư có 48,4% ở vùng nông thôn, 37,5% ở vùng thành thị và 14,1% sản phụ ở vùng miền núi. Về dân tộc: 85,2% sản phụ dân tộc kinh và 14,8% sản phụ thuộc các dân tộc khác. Về trình độ học vấn: 61,7% sản phụ trình độ THCS, 21,9% sản phụ trình độ THPT. Tình trạng hôn nhân có 46,1% sản phụ đã kết hôn.

**Bảng 2.** Tình trạng chăm sóc thai kỳ

	Đặc điểm	n	%
BMI trước mang thai	Nhẹ cân (< 18,5)	29	22,7
	Bình thường (18,5 - 24,9)	86	67,2
	Thừa cân (25,0 - 29,9)	12	9,3
	Béo phì ( $\geq 30,0$ )	1	0,8
Mức tăng cân trong thai kỳ	Dưới chuẩn	73	57,0
	Đạt chuẩn	53	41,4
	Quá chuẩn	2	1,6
Tiêm phòng uốn ván	Có	101	78,9
	Không	27	21,1
Số lần khám thai	< 4 lần	32	25,0
	$\geq 4$ lần	96	75,0
Sàng lọc quý 1	Có	70	54,7
	Không	58	45,3
Sàng lọc quý 2	Có	70	54,7
	Không	58	45,3
Sàng lọc quý 1 và 2	Có	60	46,9
	Không	68	53,1

Bổ sung Fe, Ca, acid folic	Có	78	60,9
	Không	50	39,1
<b>Tổng</b>		<b>128</b>	<b>100</b>

Có 57,0% sản phụ mức tăng cân thai kỳ dưới chuẩn, 78,9% sản phụ có tiêm phòng uốn ván, có 75,0% sản phụ khám thai 4 lần trở lên và có 46,9% sản phụ sàng lọc đầy đủ quý 1 và quý 2 thai kỳ, 60,9% sản phụ bổ sung Fe, Ca, acid folic trong thai kỳ.

**Bảng 3.** Bệnh lý tiền sản giật và nồng độ Hemoglobin

Đặc điểm		n	%
Tiền sản giật	Có	7	5,5
	Không	121	94,5
HATT ( $\bar{X} \pm SD$ )		112,03 $\pm$ 12,51	
HATTr ( $\bar{X} \pm SD$ )		69,53 $\pm$ 8,95	
Hemoglobin	< 7,0 g/dL	2	1,6
	7,0 - 10,9 g/dL	43	33,6
	$\geq$ 11,0 g/dL	83	64,8
<b>Tổng</b>		<b>128</b>	<b>100</b>

Có 5,5% sản phụ tiền sản giật. Tỷ lệ sản phụ thiếu máu nhẹ đến trung bình là 33,6%, 1,6% sản phụ thiếu máu nặng. Có 35,2% sản phụ vị thành niên có thiếu máu.

**Bảng 4.** Phân bố tuổi thai (n = 128)

Tuổi thai	n	%
< 28 tuần	2	1,6
28 - < 32 tuần	1	0,8
32 - < 37 tuần	13	10,1
$\geq$ 37 tuần	112	87,5
Min - Max	22 - 41	
$\bar{X} \pm SD$	38,04 $\pm$ 2,54	

Có 87,5% sản phụ mang thai đủ tháng. Tuổi thai trung bình 38,04  $\pm$  2,54 tuần.

**Bảng 5.** Cân nặng trẻ sơ sinh và phân nhóm nhẹ cân

Đặc điểm	n	%	
Cân nặng trẻ sơ sinh ( $\bar{X} \pm SD$ )	2885,16 $\pm$ 500,09		
Phân loại cân nặng sơ sinh	Chậm tăng trưởng	4	3,1
	Nhẹ cân	15	11,7
	Bình thường	106	82,8
	Quá dư thừa	3	2,3
Sơ sinh nhẹ cân theo tuổi thai (< 10 <sup>th</sup> )	Có	19	14,8
	Không	109	85,2

Cân nặng sơ sinh trung bình là 2885,16  $\pm$  500,09 g (82,8% bình thường). Tỷ lệ trẻ nhẹ cân và nhẹ cân theo tuổi thai (< 10<sup>th</sup>) lần lượt chiếm 11,7% và 14,8%.

**Bảng 6.** Đặc điểm mổ lấy thai

Đặc điểm	n	%	
Phương pháp sinh	Mổ lấy thai	20	15,6
	Sinh thường	108	84,4
<b>Tổng</b>	<b>128</b>	<b>100,0</b>	

<b>Nguyên nhân mổ lấy thai</b>	Thai suy	8	36,4
	Đầu không lọt	3	13,6
	Ngôi thai bất thường	3	13,6
	Chuyển dạ đình trệ	5	22,7
	Vết mổ cũ	2	9,1
	Khác	1	4,5

Tỷ lệ mổ lấy thai 15,6%. Nguyên nhân mổ lấy thai cao nhất là do thai suy và chuyển dạ đình trệ với tỷ lệ 36,4% và 22,7%.

**Bảng 7.** Đặc điểm trẻ sơ sinh (n = 128)

	<b>Đặc điểm</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Tình trạng trẻ sơ sinh	Khỏe mạnh, bú được	87	66,9
	Chăm sóc/điều trị tích cực	38	29,2
	Dị tật bẩm sinh	5	3,8
	Tử vong sau sinh	1	0,8

Có 29,2% trẻ sơ sinh cần chăm sóc/điều trị tích cực, 3,8% có dị tật bẩm sinh và 0,8% tử vong sau sinh.

**Bảng 8.** Tỷ lệ kết cục thai kỳ bất lợi (n = 128)

	<b>Đặc điểm</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Kết cục thai kỳ bất lợi</b>	Có	70	54,7
	Không	58	45,3
<b>Các yếu tố kết cục thai kỳ bất lợi</b>	Sinh non	16	12,5
	Sơ sinh nhẹ cân (< 10 <sup>th</sup> )	19	14,8
	Chăm sóc/điều trị tích cực	38	29,2
	Mổ lấy thai	20	15,6
	Biến chứng trong/sau sinh	7	5,5
	Thiếu máu	45	35,2
	Tiền sản giật/sản giật	7	5,5
	Ối vỡ non	4	3,1
	Cạn ối/Thiếu ối	4	3,1
	Tử vong sơ sinh	1	0,8

Trong số các kết cục bất lợi, thiếu máu mẹ (35,2%) và trẻ cần chăm sóc tích cực (29,2%) là phổ biến nhất.

**Bảng 9.** Các mối liên quan đến tuổi của sản phụ vị thành niên

<b>Đặc điểm</b>	<b>&lt; 18 tuổi (n = 44) n (%)</b>	<b>≥ 18 tuổi (n = 84) n (%)</b>	<b>Tổng</b>	<b>OR (KTC 95%)</b>	<b>p</b>
<b>Kết cục bất lợi</b>					
Có	30 (68,2)	40 (47,6)	70	2,36 (1,10 - 5,07)	0,026
Không	14 (31,8)	44 (52,4)	58	1,00 (Ref)	
<b>Phương pháp sinh</b>					
Sinh mổ	8 (18,2)	12 (14,3)	20	1,33 (0,50 - 3,55)	0,564
Sinh thường	36 (81,8)	72 (85,7)	108	1,00 (Ref)	
<b>Thiếu máu</b>					
Có	19 (43,2)	26 (31,0)	45	1,70 (0,80 - 3,61)	0,169
Không	25 (56,8)	58 (69,0)	83	1,00 (Ref)	
<b>Sinh non</b>					
Có	11 (25,0)	5 (6,0)	16	5,27 (1,70 - 16,34)	0,002
Không	33 (75,0)	79 (94,0)	112	1,00 (Ref)	

<b>Nhẹ cân sơ sinh</b>					
Có	9 (20,5)	10 (11,9)	19	1,90 (0,71 - 5,10)	0,196
Không	35 (79,5)	74 (88,1)	109	1,00 (Ref)	
<b>Chăm sóc tích cực</b>					
Có	19 (43,2)	19 (22,6)	38	2,60 (1,19 - 5,70)	0,016
Không	25 (56,8)	65 (77,4)	90	1,00 (Ref)	

Sản phụ < 18 tuổi có nguy cơ kết cục bất lợi chung cao hơn 2,36 lần (KTC 95%: 1,10 - 5,07; p = 0,026), sinh non cao hơn 5,27 lần (KTC 95%: 1,70 - 16,34; p = 0,002) và trẻ cần chăm sóc tích cực cao hơn 2,60 lần (KTC 95%: 1,19 - 5,70; p = 0,016). Không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ mổ lấy thai, thiếu máu mẹ và nhẹ cân sơ sinh giữa hai nhóm tuổi (p > 0,05).

#### 4. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của sản phụ trong nghiên cứu là 17,92 ± 1,2 tuổi, tương đồng với các nghiên cứu của Đầu Thị Tuyết Nhung [8] và T. Ganchimeg [7]. Đặc điểm dân số học cho thấy phần lớn sản phụ cư trú ở nông thôn và miền núi [7, 8, 9], nơi có nhiều rào cản trong việc tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản cũng như thiếu hụt các chương trình truyền thông y tế chuyên biệt. Đáng chú ý, tỷ lệ sản phụ chưa kết hôn chiếm tới 53,9%, đặc biệt tập trung ở nhóm tuổi nhỏ. Con số này không chỉ phản ánh thực trạng mang thai ngoài ý muốn đang ở mức báo động, mà còn chỉ ra những khoảng trống lớn trong giáo dục giới tính học đường.

Về công tác chăm sóc thai kỳ, dữ liệu nghiên cứu cho thấy có tới 57,0% sản phụ vị thành niên có mức tăng cân dưới chuẩn. Tỷ lệ này cao hơn đáng kể so với nhóm sản phụ trưởng thành [10] và các báo cáo tại các nước phát triển [11, 12]. Mặc dù tỷ lệ khám thai có vẻ khả quan với 75,0% sản phụ khám ≥ 4 lần, nhưng chất lượng chăm sóc tiền sản lại bộc lộ nhiều hạn chế. Cụ thể, tỷ lệ sàng lọc đầy đủ cả hai quý (46,9%) và tuân thủ bổ sung vi chất (60,9%) vẫn chỉ dừng ở mức trung bình [13].

Về bệnh lý thai kỳ, tỷ lệ tiền sản giật (5,5%) phù hợp với đặc điểm các nước có thu nhập trung bình theo báo cáo của Macedo [4]. Đáng quan tâm, tỷ lệ thiếu máu lên tới 35,2%, tương đương với tình hình chung tại Việt Nam [14].

Kết quả nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ sinh non là 12,5%, tương đương với nghiên cứu của Chen [6]. Xét về phương pháp sinh, sinh thường vẫn chiếm ưu thế (84,4%). Tỷ lệ mổ lấy thai là 15,6%, thấp hơn đáng kể so với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước [7, 8, 15] và hoàn toàn nằm trong ngưỡng an toàn theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) [16]. Phân tích nguyên nhân mổ lấy thai cho thấy chủ yếu là do thai suy (36,4%) và chuyển dạ đình trệ (22,7%). Điều này phản ánh rõ ràng sự chưa trưởng thành về mặt cấu trúc giải phẫu ở lứa tuổi vị thành niên, đặc biệt là sự phát triển chưa hoàn thiện của khung chậu

dẫn đến bất tương xứng đầu chậu, làm kéo dài thời gian chuyển dạ và gián tiếp gây ra suy thai.

Về kết cục sơ sinh, cân nặng trung bình đạt 2885,16g và tỷ lệ trẻ sơ sinh nhẹ cân theo tuổi thai (< 10<sup>th</sup>) là 14,8%, nhìn chung thấp hơn so với một số quần thể nghiên cứu quốc tế [6, 17, 18]. Có tới 29,2% trẻ sơ sinh cần được chuyển đến các đơn vị chăm sóc và điều trị tích cực. Tỷ lệ này cao hơn so với báo cáo của Fulya Cagli [19].

Tỷ lệ kết cục thai kỳ bất lợi chung trong nghiên cứu là 54,7%. Phân tích yếu tố liên quan cho thấy tuổi mẹ đóng vai trò quan trọng: nhóm sản phụ < 18 tuổi có nguy cơ gặp kết cục bất lợi chung cao gấp 2,36 lần (KTC 95%: 1,10 - 5,07), sinh non cao gấp 5,27 lần (KTC 95%: 1,70 - 16,34) và trẻ cần chăm sóc tích cực cao gấp 2,60 lần (KTC 95%: 1,19 - 5,70) so với nhóm ≥ 18 tuổi (p < 0,05). Sự gia tăng nguy cơ ở nhóm tuổi nhỏ cũng phù hợp với các báo cáo của Kawakita [5], Ganchimeg [7] và Đầu Thị Tuyết Nhung [8]. Những kết quả này được xem là các yếu tố liên đới quan trọng đối với rủi ro thai kỳ. Việc can thiệp nâng cao chất lượng chăm sóc tiền sản và hỗ trợ tâm lý - xã hội cho nhóm đối tượng này là hết sức cấp thiết.

Nghiên cứu của chúng tôi còn một số hạn chế: Thiết kế cắt ngang kết hợp hồi cứu chỉ cho phép ghi nhận mối liên quan tại một thời điểm, chưa thể xác định quan hệ nhân quả. Cỡ mẫu còn hạn chế và chưa đánh giá đầy đủ các yếu tố ảnh hưởng khác. Nghiên cứu hiện chưa có nhóm đối chứng là sản phụ trưởng thành sinh cùng giai đoạn, làm hạn chế khả năng so sánh rủi ro đặc thù. Các hạn chế này là cơ sở cho những nghiên cứu tiến cứu với cỡ mẫu lớn hơn trong tương lai.

#### 5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy việc chăm sóc tiền sản ở sản phụ vị thành niên chưa đạt hiệu quả tối ưu. Tình trạng tăng cân thai kỳ dưới chuẩn và thiếu máu còn phổ biến.

Sản phụ vị thành niên đối mặt với tỷ lệ kết cục

thai kỳ bất lợi cao, nổi bật là tình trạng sinh non, trẻ sơ sinh nhẹ cân theo tuổi thai và tỷ lệ trẻ cần chăm sóc y tế tích cực lớn, mặc dù tỷ lệ sinh mổ được kiểm soát ở mức thấp hợp lý. Tuổi mẹ càng nhỏ (< 18 tuổi) có nguy cơ gặp kết cục bất lợi cao hơn như sinh non, trẻ sơ sinh phải điều trị tích cực và các kết cục bất lợi chung.

Nghiên cứu nhấn mạnh sự cấp thiết phải tăng cường giáo dục sức khỏe sinh sản, hỗ trợ mạng lưới tâm lý xã hội và xây dựng các chương trình quản lý thai kỳ chuyên biệt, sát sao hơn nhằm cải thiện kết cục sản khoa cho nhóm đối tượng nguy cơ cao này.

**Tuyên bố về xung đột lợi ích:** Các tác giả khẳng định không có xung đột lợi ích đối với các nghiên cứu, tác giả, và xuất bản bài báo.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sully EA, Biddlecom A, Darroch JE, Riley T, Ashford LS, Lince-Deroche N, et al. Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health 2019. New York: Guttmacher Institute; 2020.
2. United Nations Children's Fund (UNICEF). World Population Prospects 2024: Summary of Results. New York: UNICEF; 2024.
3. Tổng cục Thống kê, UNICEF. Điều tra các Mục tiêu Phát triển Bền vững về Trẻ em và Phụ nữ Việt Nam 2020-2021. Hà Nội: Tổng cục Thống kê; 2021.
4. Macedo TCC, Montagna E, Trevisan CM, Zaia V, de Oliveira R, Barbosa CP, et al. Prevalence of preeclampsia and eclampsia in adolescent pregnancy: a systematic review and meta-analysis of 291,247 adolescents worldwide since 1969. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2020;248:177-186.
5. Kawakita T, Wilson K, Grantz KL, Landy HJ, Huang CC, Gomez-Lobo V. Adverse maternal and neonatal outcomes in adolescent pregnancy. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2016;29(2):130-136.
6. Chen XK, Wen SW, Fleming N, Demissie K, Rhoads GG, Walker M. Teenage pregnancy and adverse birth outcomes: a large population based retrospective cohort study. Int J Epidemiol. 2007;36(2):368-373.
7. Ganchimeg T, Ota E, Morisaki N, Laopaiboon M, Lumbiganon P, Zhang J, et al. Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. BJOG. 2014;121 Suppl 1:40-48.
8. Đầu Thị Tuyết Nhung, Lâm Đức Tâm, Đoàn Thanh Điền. 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. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 2024;(76):146-152.
9. Nguyễn Thanh Hải, Võ Thị Ngọc Ánh, Trần Thị Mỹ Hạnh và cộng sự. Mang thai ở tuổi vị thành niên: đặc điểm và kết quả thai kỳ. Tạp chí Phụ sản. 2020;18(3):27-33.
10. Đàm Lê Châu, Nguyễn Thị Hằng, Nguyễn Hùng Cao Viên. Nghiên cứu kết cục thai kỳ ở những thai phụ mang

thai con sơ tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế. Tạp chí Phụ sản. 2025;22(5):9-20.

11. Elchert J, Beaudrot M, DeFranco E. Gestational weight gain in adolescent compared with adult pregnancies: an age-specific body mass index approach. J Pediatr. 2015;167(3):579-585.e2.

12. Groth SW, Holland ML, Smith JA, Meng Y, Kitzman H. Effect of gestational weight gain and prepregnancy body mass index in adolescent mothers on weight and body mass index of adolescent offspring. J Adolesc Health. 2017;61(5):626-633.

13. Thị Thuỳ Linh Lộ, Thanh Tùng Lê. Một số yếu tố liên quan đến tuân thủ sử dụng sắt và acid folic của thai phụ tại Khoa sản Bệnh viện E năm 2022. Tạp chí Khoa học Điều dưỡng. 2023;6(2):33-40.

14. Goodarzi E, Beiranvand R, Naemi H, Darvishi I, Khazaei Z. Prevalence of iron deficiency anemia in Asian female population and human development index (HDI): an ecological study. Obstet Gynecol Sci. 2020;63(4):497-505.

15. Nguyễn Thị Thu Hà, Đỗ Tuấn Đạt, Phan Thị Huyền Thương. Kết quả sản khoa của sản phụ vị thành niên tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội 2022. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024;535(1).

16. World Health Organization. WHO statement on caesarean section rates. Geneva: World Health Organization; 2015.

17. Briggs MM, Hopman WM, Jamieson MA. Comparing pregnancy in adolescents and adults: obstetric outcomes and prevalence of anemia. J Obstet Gynaecol Can. 2007;29(7):546-555.

18. Eminov E, Eminov A. Prevalence of adolescent pregnancy and evaluation of pregnancy outcomes: a retrospective study. Arch Gynecol Obstet. 2025;311(5):1351-1358.

19. Cagli F, Gürler AD, Dolanbay M, Gülseren V, Cündübay CR. Maternal and perinatal outcomes in adolescent pregnancies: a retrospective study. Sex Reprod Healthc. 2025;45.