

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM THAI KỲ VÀ KẾT QUẢ XỬ TRÍ SẢN KHOA Ở THAI PHỤ TUỔI VỊ THÀNH NIÊN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2022-2024

Lâm Đức Tâm¹, Huỳnh Thanh Liêm², Trần Thị Hồng Như²,
Lâm Thị Ngọc Thảo¹, Đào Thị Tuyết Nhung¹

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 quả xử trí sản khoa ở thai phụ tuổi vị thành niên tại Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ năm 2022-2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 458 thai phụ từ 10 đến 19 tuổi nhập viện, theo dõi sinh tại Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 18 ± 1 . Tỷ lệ thai phụ vị thành niên mang thai ngoài ý muốn là 59,6%. Thiếu máu là bệnh lý chiếm tỷ lệ cao nhất với 4,6% trong số các bệnh lý được ghi nhận khi mang thai. Tỷ lệ mổ lấy thai là 45,2%. Tỷ lệ sinh non 15,9%. Cân nặng trung bình của trẻ sơ sinh là 2907 ± 450 gram, tỷ lệ trẻ có cân nặng dưới 2500 gram là 11,8% và trẻ gửi đơn vị sơ sinh là 9,4%. Tỷ lệ thai phụ có kết cục bất lợi cả về phía mẹ và/hoặc con là 79,5%. **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. Thiếu máu là bệnh lý thường gặp khi mang thai. Hầu hết 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

SUMMARY

RESEARCH CHARACTERISTICS AND OBSTETRIC OUTCOMES AMONG ADOLESCENT PREGNANCIES AT CAN THO GYNECOLOGY OBSTETRIC HOSPITAL IN 2022-2024

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:** Describe characteristics and obstetric

outcomes in adolescent pregnancies at Can Tho Gynecology Obstetric Hospital in 2022-2024.

Materials and methods: A cross-sectional descriptive study Cross-sectional descriptive study on 458 cases of pregnant women from 10 to 19 years old hospitalized and monitored at Can Tho Gynecology Obstetric Hospital. **Results:** The average age was 18 ± 1 . The rate of unwanted pregnancies among adolescents was 59.6%. Anemia is the most prevalent condition, accounting for 4.6% of the recorded illnesses during pregnancy. The cesarean section rate was 45.2%. Premature birth rate 15.9%. The average weight of newborns was 2907 ± 450 grams, the proportion of children weighing less than 2500 grams was 11.8% and infants admission to the neonatal unit are 9.4%. The rate of pregnant women experiencing adverse outcomes for both mother and/or child was 79.5%. **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.

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 tỷ 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 các nghiên cứu trên thế giới cho thấy, mang thai ở tuổi 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

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Lâm Đức Tâm

Email: ldtam@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 17.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.5.2025

Ngày duyệt bài: 18.6.2025

Sông Cửu Long nói chung và Thành phố Cần Thơ nói riêng chưa có nhiều nghiên cứu về vấn đề này. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm, tìm hiểu một số yếu tố liên quan giữa nhóm tuổi và đánh giá kết cục thai kỳ ở thai phụ tuổi vị thành niên tại Bệnh viện Phụ sản Thành phố 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 10 đến 19 tuổi nhập viện và theo dõi sinh tại Bệnh viện Phụ sản Thành phố 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:** 458 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 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 đái 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).

- **Thời gian nghiên cứu:** Từ tháng 7/2022 đến tháng 07/2024.

- **Địa điểm nghiên cứu:** Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ.

- **Phương pháp thu thập số liệu:** Chọn tất cả thai phụ nhập viện theo dõi sinh, thu thập số liệu dựa trên bảng phỏng vấn 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, chọn đối tượng phù hợp với tiêu chuẩn chọn mẫu 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. Mỗi liên quan có ý nghĩa khi $p < 0,05$.

- **Vấn đề về y đức:** Đây là nghiên cứu quan sát, không can thiệp trên thai phụ. Thai phụ tham gia nghiên cứu hoàn toàn tự nguyện. Quá trình phỏng vấn được thực hiện ở nơi kín đáo. Những thông tin thu thập được bảo mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi ghi nhận 458 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=458)	Tỷ lệ (%)
13-16 tuổi	55	12
17-19 tuổi	403	88
Tuổi trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn	18 $\pm$ 1	
Tuổi thấp nhất	13	

Nhận xét: Tuổi trung bình của thai phụ vị thành niên là 18 $\pm$ 1 tuổi. Tuổi thấp nhất là 13 tuổi, nhóm 13-16 tuổi chiếm 12%. Không có thai phụ nào nhỏ hơn 13 tuổi.

Bảng 2. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Tần số (n=458)	Tỷ lệ (%)
Nơi ở	Nông thôn	282	55,6
	Thành thị	176	38,4
Số lần mang thai	Con so	434	94,8
	Con rạ	24	5,2
Sử dụng biện pháp tránh thai	Có	143	31,2
	Không	315	68,8
Giáo dục sức khỏe sinh sản	Không	339	74
	Có	119	26
Bệnh lý trong thai kỳ	Không	395	86,2
	Tăng huyết áp	15	3,3

	ĐTĐ thai kỳ	11	2,4
	Thiếu máu	21	4,6

Nhận xét: Thai phụ sống chủ yếu ở nông thôn chiếm 55,6%. Tỷ lệ sinh con rạ là 5,2%,

Không được giáo dục sức khỏe sinh sản là 74%, không sử dụng biện pháp tránh thai là 77,9%. Thiếu máu là bệnh lí chiếm tỷ lệ cao nhất với 4,6%.

Bảng 3. Liên quan giữa đặc điểm thai kỳ và nhóm tuổi vị thành niên

Đặc điểm		Nhóm tuổi 13-16 tuổi (n=55,%)	17-19 tuổi (n=403,%)	Tổng (n=458,%)	OR (KTC 95%)	P
Hôn nhân	Đã kết hôn	35(63,6)	383(95)	418(91,3)	0,091 (0,045-0,186)	0,001
	Chưa kết hôn	20 (36,4)	20(5%)	40(8,7)		
Biện pháp tránh thai	Không	45(81,8)	270(67)	315(68,8)	2,21 (1,083-4,536)	0,026
	Có	10(18,2)	133(33)	143(31,2)		
Mang thai ngoài ý muốn	Có	54(98,2)	219(54,3)	273(59,6)	45,37 (6,216-331,148)	0,001*
	Không	1(1,8)	184(45,7)	185(40,4)		

***Fisher's Exact Test**

Nhận xét: Thai phụ 13-16 tuổi đã kết hôn chiếm 63,6%. Nhóm 13-16 tuổi đã kết hôn thấp hơn nhóm 17-19 tuổi. Tỷ lệ thai phụ không áp dụng BPTT ở nhóm 13-16 tuổi cao hơn 2,21 lần so với nhóm 17-19 tuổi (OR=2,21; KTC 95%: 1,083-4,536), tỷ lệ thai phụ mang thai ngoài ý

muốn ở nhóm thai phụ 13-16 tuổi cao hơn 45,37 lần nhóm 17-19 tuổi (OR=45,37, KTC 95%: 6,216-331,148), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$.

3.2. Kết cục thai kỳ

Bảng 4. Đặc điểm kết cục thai kỳ của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Nhóm tuổi mẹ 13-16 tuổi (n=55,%)	17-19 tuổi (n=403,%)	Tổng (n=458,%)	P
Phương pháp sinh	Sinh đường âm đạo	30(54,5)	221(54,8)	251(54,8)	0,967
	Mổ lấy thai	25(45,5)	182(45,2)	207(45,2)	
Tuổi thai	Sinh non (<37tuần)	9(16,4)	64(15,9)	73(15,9)	0,927
	Đủ tháng (≥ 37 tuần)	46(83,6)	339(84,1)	385(84,1)	
Cân nặng trẻ sơ sinh	Nhẹ cân (<2500g)	8(14,8)	46(11,4)	54(11,8)	0,471
	Đủ cân (≥ 2500 g)	46(85,2)	356(88,6)	402(88,2)	
Cân nặng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn		2907 $\pm$ 450			
Gửi đơn vị sơ sinh	Có	8(14,8)	50(12,4)	71(9,4)	0,623
	Không	46(85,2)	352(87,6)	398(87,3)	

Nhận xét: Tỷ lệ mổ lấy thai ở 2 nhóm tuổi thai phụ tương đương nhau. Thai phụ 13-16 tuổi sinh non chiếm 16,4%, tỷ lệ nhẹ cân là 14,8%, tỷ lệ bé gửi sơ sinh là 14,8% cao hơn so với nhóm thai phụ 17-19 tuổi, tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê, $p > 0,05$; thai phụ càng nhỏ tuổi có nguy cơ nhiều hơn cho mẹ và bé.

Bảng 5. Tỷ lệ thai phụ có kết cục thai kỳ bất lợi cả về phía mẹ và/hoặc con

Nhóm tuổi mẹ	13-16 tuổi (n=55, %)	17-19 tuổi (n=403, %)	Tổng (n=458, %)	P
Kết cục thai kỳ bất lợi				
Có	48(87,3)	316(78,4)	364(79,5)	0,1
Không	7(12,7)	87(21,6)	94(20,5)	27

Nhận xét: Tỷ lệ thai phụ có kết cục bất lợi cả về phía mẹ và/hoặc con là 79,5%. Tỷ lệ này ở nhóm tuổi từ 13-16 là 87,3% cao hơn nhóm tuổi từ 17-19 là 78,4%, sự khác biệt chưa 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 18 ± 1 tuổi, tương đồng 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]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 2 thai phụ 13 tuổi mổ lấy thai, 3 thai phụ 14 tuổi, 17 thai phụ 15 tuổi. 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 55,6%, 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 59,6% các trường hợp mang thai ngoài ý muốn- đây là vấn đề cần được chú ý và quan tâm. Thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thanh Hải là 81,5%[3]- trong đó, nhóm thai phụ từ 13-16 tuổi là 98,2%, cao hơn so với nhóm thai phụ từ 17-19 tuổi, 54,3%, 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 niên đã kết hôn ở 2 nhóm tỷ lệ này lần lượt là 63,6% và 95%. Tỷ lệ thai phụ không áp dụng BPTT ở nhóm 13-16 tuổi cao hơn 2,21 lần so với nhóm 17-19 tuổi ($OR=2,21$; KTC 95%: 1,083-4,536), tỷ lệ thai phụ mang thai ngoài ý muốn ở nhóm thai phụ 13-16 tuổi cao hơn 45,37 lần nhóm 17-19 tuổi ($OR=45,37$, KTC 95%: 6,216-331,148), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$. 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 68,8% 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 54,8%, tỷ lệ mổ lấy thai là 45,2%. 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 cao 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 chuyển 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 cơ 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 13-16 tuổi 54,5% tương đương với nhóm 17-19 tuổi. Tỷ lệ sinh non ở nhóm thai phụ 13-16 tuổi chiếm 16,4%, cao hơn nhóm 17-19 tuổi là 15,9%.

Cân nặng trung bình của trẻ sơ sinh ở nhóm thai phụ tuổi vị thành niên là 2907 ± 450 gram; kết quả này tương tự nghiên cứu của Nguyễn Thanh Hải là $2,925 \pm 376$ g [3]. Tại bảng 4, tỷ lệ trẻ có cân nặng dưới 2500 gam và trẻ sơ sinh gửi sơ sinh lần lượt là 11,8% và 12,7%. Đây là kết quả tương đối cao, cần quan tâm và phù hợp với ý kiến. Tham khảo nghiên cứu khác có kết quả thấp hơn 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 15,9% 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 cân ở nhóm thai phụ 13-16 tuổi là 14,8% cao hơn so với nhóm thai phụ 17-19 tuổi là 11,4% và sự khác biệt này chưa 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 14,8% cao hơn so với nhóm thai phụ 17-19 tuổi là 12,4%. 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 5, tỷ lệ thai phụ có kết cục bất lợi cả về phía mẹ và con ở thai phụ vị thành niên tương đối cao 79,5%. 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 nhóm tuổi 17-19 (87,3% và 78,4 % 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. Thiếu máu là bệnh lý chiếm tỷ lệ cao nhất với 4,6% 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 tỷ lệ mang thai sinh đẻ ở tuổi vị thành niên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization.** Adolescent pregnancy: Evidence brief. 2019 tr. 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, Bế 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 Ndi 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).

SO SÁNH HIỆU QUẢ CỦA HAI HỆ THỐNG LÈN NHIỆT SÓNG LIÊN TỤC SYSTEM B VÀ EQ-V TRONG ĐIỀU TRỊ NỘI NHA RĂNG MỘT ỐNG TỦY

Nguyễn Thị Nguyễn Hương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh hiệu quả của hai hệ thống lên nhiệt sóng liên tục System B và EQ-V trong điều trị nội nha răng một ống tủy. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng có nhóm chứng trên 20 răng một ống tủy của 20 bệnh nhân trưởng thành có chỉ định điều trị nội nha. Hai hệ thống được so sánh gồm System B và EQ-V. Các biến số đánh giá bao gồm: thời gian trám bít ống tủy trên lâm sàng, tỉ lệ thấu quang trong khối trám bít ống tủy và khả năng trám bít được ống tủy bên trên phim X-quang. Phép kiểm t độc lập, kiểm định Mann-Whitney và kiểm định chính xác Fisher được áp dụng với mức ý nghĩa $p < 0,05$. **Kết quả:** Thời gian trám bít trung bình của EQ-V ngắn hơn System B với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,020$). Tỉ lệ thấu quang trung bình và

khả năng trám bít ống tủy bên giữa hai nhóm không có khác biệt đáng kể ($p > 0,05$). **Kết luận:** EQ-V là một hệ thống hiệu quả, có thể giúp rút ngắn thời gian điều trị mà vẫn đảm bảo chất lượng trám bít tương đương System B. **Từ khóa:** lên nhiệt sóng liên tục, EQ-V, System B, trám bít ống tủy, nội nha.

SUMMARY

COMPARATIVE EVALUATION OF SYSTEM B AND EQ-V CONTINUOUS WAVE CONDENSATION SYSTEMS IN SINGLE-ROOTED ENDODONTIC TREATMENT

Objective: To compare the effectiveness of the System B and EQ-V continuous wave condensation systems in the endodontic treatment of single-rooted teeth. **Methods:** A controlled clinical trial was conducted on 20 single-rooted teeth from 20 adult patients indicated for root canal treatment. The two systems compared were System B and EQ-V. Evaluation variables included: clinical obturation time, radiolucency rate within the root canal filling, and the ability to fill lateral canals on radiographs. The independent t-test, Mann-Whitney test, and Fisher's exact test were applied with a significance level of

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Nguyễn Hương

Email: huongnguyen@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 17.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.5.2025

Ngày duyệt bài: 19.6.2025