

mổ: Bệnh nhân tập vận động sớm có kết quả rất tốt/tốt cao hơn nhóm không tập, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả này phù hợp với khuyến cáo của Hội Chấn thương chỉnh hình Hoa Kỳ (AAOS), cho rằng vận động sớm giúp duy trì biên độ khớp, giảm cứng khớp, tăng tuần hoàn và rút ngắn thời gian hồi phục [8]. Nghiên cứu cho thấy phẫu thuật kết hợp xương gãy kín đầu dưới hai xương cẳng chân bằng nẹp vít tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên mang lại hiệu quả cao cả về liền xương, phục hồi hình thái và chức năng vận động. Tuy nhiên, kết quả chịu ảnh hưởng rõ rệt bởi thời gian phẫu thuật, thời gian từ chấn thương đến mổ và chương trình phục hồi chức năng sau mổ. Do đó, cần ưu tiên: Can thiệp phẫu thuật sớm trong vòng 7 ngày; Rút ngắn thời gian mổ, chuẩn hóa kỹ thuật để giảm sang chấn phần mềm; Tổ chức tập vận động sớm, cá thể hóa theo tình trạng bệnh nhân. Ngoài ra, cần nghiên cứu thêm với cỡ mẫu lớn hơn, thời gian theo dõi dài hơn để đánh giá biến chứng muộn như thoái hóa khớp cổ chân hay chậm liền xương.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật kết hợp xương gãy kín đầu dưới hai xương cẳng chân bằng nẹp vít tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên cho kết quả khả quan: tỷ lệ liền sẹo tốt 90,2%, nắn chỉnh và liền xương rất tốt/tốt trên 80%, chức năng khớp cổ chân phục hồi tốt. Kết quả điều trị chịu ảnh hưởng bởi thời gian phẫu thuật, thời điểm mổ và tập vận động sớm, với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Cần ưu tiên phẫu thuật sớm (< 7

ngày), rút ngắn thời gian mổ (< 120 phút), và tổ chức tập vận động sớm, đồng thời tăng cường phục hồi chức năng toàn diện nhằm nâng cao hiệu quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. S. Dattani, H. Ritchie, and M. Roser, "Mental health. Our world in data," (in eng), Reference Source, vol. 1, pp. 288-232, 2021.
2. **Điều trị gãy hai xương cẳng chân** (Bệnh học ngoại khoa chấn thương chỉnh hình (Dù cho đào tạo sau đại học)). Nhà xuất bản Y học, 2021.
3. N. V. Thắng and Đ. X. Thành, "Kết quả kết hợp xương nẹp vít ít xâm lấn điều trị gãy đầu dưới hai xương cẳng chân tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương," (in VI), Tạp chí Y học Việt Nam, vol. 537, no. 1, 2024.
4. N. Q. Long, Kỹ thuật điều trị gãy xương của Boehler (Điều trị gãy phức tạp hai xương cẳng chân). Nhà xuất bản Y học, 1982.
5. T. T. Nhân, P. H. Lai, and N. T. Tấn, "Đánh giá kết quả điều trị gãy đầu dưới 2 xương cẳng chân bằng phẫu thuật kết hợp xương nẹp khoá tại Bệnh viện Quân y 121," (in v), Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, no. 41, pp. 226-232, 2021.
6. L. Q. Thịnh, "Đánh giá kết quả điều trị kết hợp xương nẹp vít gãy đầu xa hai xương cẳng chân bằng kỹ thuật ít xâm lấn," Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ nội trú bệnh viện, Đại học Y Dược Thái Nguyên, Thái Nguyên, 2014.
7. M. E. Müller, R. Schneider, and H. Willenegger, Manual of internal fixation: techniques recommended by the AO-ASIF group. Springer Science & Business Media, 2013.
8. H. Goldman and K. Tetsworth, "AAOS clinical practice guideline summary: prevention of surgical site infection after major extremity trauma," (in ENG), AAOS-Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons, vol. 31, no. 1, pp. e1-e8, 2023.

TỶ LỆ TRẺ SƠ SINH ĐỦ THÁNG NHẸ CÂN VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI TỈNH CÀ MAU, GIAI ĐOẠN 2023-2024

Huỳnh Ngọc Linh¹, Nguyễn Việt Trí²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Trẻ sơ sinh đủ tháng nhẹ cân (SSĐTNC) chủ yếu phản ánh hạn chế tăng trưởng trong tử cung, làm tăng nguy cơ tử vong và bệnh tật sơ sinh cũng như hệ lụy phát triển dài hạn. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ SSĐTNC đủ tháng và mối liên quan giữa các yếu tố của mẹ tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Cà Mau

giai đoạn 2023–2024. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích trên 4.940 cặp mẹ–con sinh đủ tháng trong thời gian 01/2023–12/2024. Phân tích hồi quy logistic, OR hiệu chỉnh (OR_{HC}) với KTC95%. **Kết quả:** Tỷ lệ SSĐTNC đủ tháng là 5,93% (293/4.940). Sau khi phân tích đa biến, năm yếu tố liên quan độc lập với SSĐTNC gồm: BMI tiền thai $< 18,5$ ($OR_{HC} = 1,57$; KTC95%: 1,12–2,45; $p = 0,003$), tăng cân thai kỳ < 9 kg ($OR_{HC} = 2,64$; 1,54–3,91; $p < 0,001$), khám thai < 3 lần ($OR_{HC} = 1,63$; 1,18–3,14; $p = 0,002$), khoảng cách sinh ≤ 24 tháng ($OR_{HC} = 2,08$; 1,16–3,18; $p = 0,002$), và có bệnh lý trong thai kỳ ($OR_{HC} = 1,98$; 1,12–2,97; $p = 0,0001$). Nơi cư trú, nhóm tuổi mẹ và số con không có ý nghĩa sau hiệu chỉnh. **Kết luận:** Tỷ lệ SSNC đủ tháng tại Cà Mau giai đoạn 2023–2024 là 5,93%. Các yếu tố nguy cơ có thể can thiệp bao gồm dinh dưỡng mẹ (BMI thấp, tăng

¹Trường Cao đẳng Y tế Cà Mau

²Bệnh viện Sản Nhi Cà Mau

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Ngọc Linh

Email: drlinhcm78@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.8.2025

Ngày duyệt bài: 3.10.2025

cân không đạt), tiếp cận/quản lý thai nghén (khám thai <3 lần), khoảng cách sinh ngắn và bệnh lý thai kỳ. **Từ khóa:** sơ sinh đủ tháng nhẹ cân; BMI tiền thai; tăng cân thai kỳ; bệnh lý thai kỳ.

SUMMARY

PREVALENCE OF TERM LOW BIRTH WEIGHT INFANTS AND ASSOCIATED MATERNAL FACTORS AT CA MAU OBSTETRICS AND PEDIATRICS HOSPITAL, 2023–2024

Background: Term low birth weight (TLBW) primarily reflects intrauterine growth restriction, which increases the risk of neonatal morbidity, mortality, and long-term adverse developmental outcomes. **Objective:** To determine the prevalence of TLBW and to identify maternal factors associated with TLBW at Ca Mau Obstetrics and Pediatrics Hospital during 2023–2024. **Methods:** A cross-sectional analytical study was conducted on 4,940 mother–infant pairs with term deliveries between January 2023 and December 2024. Logistic regression analysis was applied to estimate adjusted odds ratios (aOR) with 95% confidence intervals (CI). **Results:** The prevalence of TLBW was 5.93% (293/4,940). Multivariable analysis revealed five independent maternal factors associated with TLBW: pre-pregnancy BMI <18.5 (aOR = 1.57; 95% CI: 1.12–2.45; $p = 0.003$), gestational weight gain <9 kg (aOR = 2.64; 95% CI: 1.54–3.91; $p < 0.001$), fewer than three antenatal visits (aOR = 1.63; 95% CI: 1.18–3.14; $p = 0.002$), interpregnancy interval ≤ 24 months (aOR = 2.08; 95% CI: 1.16–3.18; $p = 0.002$), and maternal comorbidities during pregnancy (aOR = 1.98; 95% CI: 1.12–2.97; $p = 0.0001$). Maternal age, parity, and place of residence were not significant after adjustment. **Conclusion:** The prevalence of TLBW at term in Ca Mau during 2023–2024 was 5.93%. Modifiable risk factors include maternal undernutrition (low BMI, inadequate gestational weight gain), limited antenatal care, short interpregnancy intervals, and pregnancy-related comorbidities.

Keywords: term low birth weight; pre-pregnancy BMI; gestational weight gain; maternal comorbidities.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trẻ sơ sinh nhẹ cân (SSNC, <2.500 g) là nguyên nhân quan trọng của tử vong sơ sinh, đồng thời liên quan chặt chẽ đến suy dinh dưỡng, bệnh tật và tuổi thọ cộng đồng. Trên phạm vi toàn cầu, ước tính mỗi năm có hơn 20 triệu trẻ SSNC (khoảng 1/7 số ca sinh), với sự khác biệt lớn giữa các quốc gia; Tại Việt Nam tỷ lệ ước khoảng 8,2% năm 2015. Nghiên cứu của Lê Thị Ái Xuân tại Vĩnh Long ghi nhận 5,4% [1]; nghiên cứu của Ngô Thị Kim Phụng tại Bạc Liêu tỷ lệ SSDTNC là 7,6% [5], Trà Vinh có tỷ lệ 8,03% [4], Đắk Lắk là 12,21% [3], các yếu tố liên quan như khoảng cách sinh <24 tháng, tiền sử con nhẹ cân, cân nặng mẹ <40 kg, tăng cân <9 kg, bệnh thai kỳ và khám thai <3 lần. Nhằm

xác định tỷ lệ SSDTNC đủ tháng và các yếu tố liên quan để định hướng can thiệp phù hợp địa phương chúng tôi nghiên cứu đề tài “Tỷ lệ trẻ sơ sinh đủ tháng nhẹ cân và các yếu tố liên quan tại bệnh viện sản nhi tỉnh Cà Mau, giai đoạn 2023–2024” với các mục tiêu sau:

1. Xác định tỷ lệ trẻ sơ sinh đủ tháng nhẹ cân tại bệnh viện Sản Nhi tỉnh Cà Mau, giai đoạn 2023–2024.
2. Xác định mối liên quan giữa các yếu tố như dịch tể, lâm sàng của mẹ và trẻ sơ sinh đủ tháng nhẹ cân tại bệnh viện sản nhi tỉnh cà mau, giai đoạn 2023–2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Mẹ và trẻ sơ sinh đủ tháng tại Bv Sản Nhi giai đoạn 2023–2024.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Mẹ và gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu; Mẹ có mắc các bệnh lý tâm thần. Trẻ có dị tật bẩm sinh nặng, đa thai.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang
- Cỡ mẫu: lấy trọn mẫu từ tháng 01/2024 đến tháng 12 năm 2024
- Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu toàn bộ, khảo sát mẹ và trẻ đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

- Nội dung nghiên cứu:

+ Chẩn đoán trẻ sơ sinh đủ tháng nhẹ cân: Xác định khi cân nặng lúc sinh <2.500 g ở trẻ đủ tháng (≥ 37 tuần). Cân nặng đo trong giờ đầu sau sinh bằng cân đã hiệu chuẩn; tuổi thai xác định từ siêu âm quý I (nếu có) hoặc hồ sơ sản khoa.

+ Đặc điểm mẫu nghiên cứu và các yếu tố liên quan: Địa chỉ cư trú: nông thôn/thành thị. Tuổi mẹ (nhóm): ≤ 25 ; 26–30; 31–35; >35. Chỉ số khối cơ thể (BMI) tiền thai: <18,5; $\geq 18,5$. Dinh dưỡng thai kỳ: tăng cân thai kỳ <9 kg vs ≥ 9 kg. Tiền sử sản khoa: số con (con so/con rạ), khoảng cách sinh ≤ 24 tháng vs >24 tháng. Bệnh lý trong thai kỳ: tăng huyết áp/tiền sản giật, đái tháo đường thai kỳ, các bệnh nội khoa kèm theo.

- Xử lý và phân tích số liệu: Nhập số liệu bằng phần mềm Epidata 3.02 và thống kê số liệu bằng phần mềm STATA 18.0; Đo lường mối liên quan bằng tỷ số chênh (OR), phân tích đa biến bằng hồi qui logistic, các thống kê có ý nghĩa khi giá trị $p \leq 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của mẹ nghiên cứu (n=4940)

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Địa chỉ		
Nông thôn	3593	72,73
Thành thị	1347	27,27
Nhóm tuổi		
≤ 25	649	13,14
26-30	1223	24,76
31-35	1631	33,02
> 35	1437	29,09
BMI tiền thai		
< 18,5	503	10,19
≥ 18,5	4437	89,81
Tăng cân trong thai kỳ (kg)		
< 9	485	9,82
≥ 9	4455	90,18
Số lần khám thai trong thai kỳ		
< 3	641	12,98
≥ 3	4299	87,02
Khoảng cách 2 lần sinh (tháng) (*)		
≤ 24	487	20,42
> 24	1897	79,58
Bệnh lý trong thai kỳ		
Có	554	11,21
Không	4386	88,79

Số con		
Con so	2556	51,74
Con rạ	2384	48,26

(*) những thai phụ sinh con rạ

Nhận xét: đối tượng nghiên cứu chủ yếu sống ở nông thôn (72,73%), đa số ≥31 tuổi (62,11%), con so chiếm 51,74%; tỷ lệ BMI <18,5 là 10,19%, tăng cân thai kỳ <9 kg 9,82%, khám thai <3 lần 12,98%, khoảng cách sinh ≤24 tháng (trong con rạ) 20,42% và 11,21% có bệnh lý trong thai kỳ.

3.2. Tỷ lệ trẻ sơ sinh đủ tháng nhẹ cân và các yếu tố liên quan

3.2.1. Tỷ lệ trẻ sơ sinh đủ tháng nhẹ cân

Bảng 3.2. Tỷ lệ trẻ sơ sinh đủ tháng nhẹ cân trong nghiên cứu

Nhẹ cân	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Có	293	5,93
Không	4647	94,07
Tổng	4940	100

Nhận xét: Tỷ lệ SSĐTNC là 5,93% với 293 trẻ trong tổng số 4940 trẻ được nghiên cứu.

3.2.2. Mối liên quan giữa một số yếu tố của trẻ sơ sinh đủ tháng nhẹ cân

Bảng 3.3. Mối liên quan giữa một số yếu tố của trẻ sơ sinh đủ tháng nhẹ cân

Đặc điểm	Nhẹ cân		OR [KTC95%]	p	OR _{HC} [KTC95%]	p*
	Có	Không				
Địa chỉ						
Nông thôn	220(6,12)	3373(93,88)	-	0,35	-	-
Thành thị	73(5,42)	1274(94,58)				
Nhóm tuổi						
≤ 25	37(5,70)	612(94,30)	-	0,71	-	-
26-30	69(5,64)	1154(94,36)				
31-35	93(5,70)	1538(94,30)				
> 35	94(6,54)	1343(93,46)				
BMI trước mang thai						
< 18,5	46(9,15)	457(90,85)	1,71	0,001	1,57 (1,12-2,45)	0,003
≥ 18,5	247(5,57)	4190(94,43)	(1,20-2,38)			
Tăng cân trong thai kỳ (kg)						
< 9	58(11,96)	427(88,04)	2,43	<0,001	2,64 (1,54-3,91)	<0,001
≥ 9	235(5,27)	4220(94,73)	(1,76-3,32)			
Số lần khám thai trong thai kỳ						
< 3	58(9,05)	583(90,95)	1,72	0,003	1,63 (1,18-3,14)	0,002
≥ 3	235(5,47)	4064(94,53)	(1,25-2,33)			
Khoảng cách 2 lần sinh (tháng)						
≤ 24	40(8,21)	447(91,79)	2,05	0,001	2,08 (1,16-3,18)	0,001
> 24	79(4,16)	1818(95,84)	(1,35-3,09)			
Bệnh lý trong thai kỳ						
Có	55(9,93)	499(90,07)	1,92	0,0001	1,98 (1,12-2,97)	0,0001
Không	238(5,43)	4148(94,57)	(1,38-2,62)			
Số con						
Con so	153(5,99)	2403(94,01)	-	0,86	-	-
Con ra	140(5,87)	2244(94,13)				

p*: giá trị p sau khi phân tích hồi quy đa biến; OR_{HC}: giá trị tỷ số chênh lệch sau khi phân tích hồi quy đa biến.

Nhận xét: Sau khi phân tích hồi quy đa biến, các yếu tố làm tăng chênh lệch trẻ sơ sinh đủ tháng nhẹ cân là BMI tiền thai <18,5, tăng cân thai kỳ <9 kg, khám thai <3 lần, khoảng cách sinh ≤24 tháng và có bệnh lý trong thai kỳ, với p đều <0,05; ngược lại, địa chỉ cư trú, nhóm tuổi mẹ và số con không liên quan có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng trong nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu cho thấy đa số sản phụ cư trú nông thôn (72,73%), thấp hơn tỷ lệ ghi nhận của Ngô Thị Kim Phụng là 85,1% trong nghiên cứu tại bệnh viện năm 2015–2016. Phân bố tuổi thiên về 31–35 và >35 (62,1%), cao hơn đáng kể mức >35 tuổi chiếm 9,3% nghiên cứu của Ngô Thị Kim Phụng [5]. Về dinh dưỡng và bệnh lý, tỷ lệ BMI mẹ <18,5 (10,19%), tăng cân thai kỳ <9 kg (9,82%) và có bệnh trong thai kỳ (11,21%) là các phơi nhiễm có ý nghĩa dịch tễ vì đều đã chứng minh liên quan đến nhẹ cân ở những nghiên cứu trong nước: tại người Ê Đê ở Đắk Lắk, BMI <18,5 (OR=2,44), tăng cân ≤9 kg (OR=3,77) và mắc bệnh thai kỳ (OR=4,76) làm tăng nguy cơ rõ rệt; tăng cân <9 kg, bệnh thai kỳ và các yếu tố bất lợi tương tự cũng là nguy cơ quan trọng [3]. Đáng chú ý, chỉ 12,98% phụ nữ trong nghiên cứu của chúng tôi khám thai <3 lần, cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Ngô Thị Kim Phụng chiếm 58,91%. Toàn bộ bức tranh đặc điểm nền như trên nhất quán với y văn địa phương: nhẹ cân liên hệ chặt với dinh dưỡng mẹ (BMI thấp, tăng cân không đạt), tiếp cận thai nghén và gánh nặng bệnh thai kỳ (Trà Vinh 2020; Đắk Lắk; Vĩnh Long 2021) [1], [2], [3].

4.2. Tỷ lệ trẻ sơ sinh đủ tháng nhẹ cân và các yếu tố liên quan

4.2.1. Tỷ lệ trẻ sơ sinh đủ tháng nhẹ cân. Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ trẻ sơ sinh đủ tháng nhẹ cân tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Cà Mau giai đoạn 2023–2024 là 5,93% (293/4.940). Tỷ lệ này tương đương khi so với các nghiên cứu trong nước. Nghiên cứu của Lê Thị Ái Xuân khảo sát trong cộng đồng tại Vĩnh Long năm 2021 là 5,4% [1], và nghiên cứu của Lâm Thị Kim Ngọc tại Trà Vinh năm 2020 là 6,4% [2]. Tuy nhiên, thấp hơn nghiên cứu của Ngô Thị Kim Phụng tại Bạc Liêu là 7,6% và thấp hơn rõ ở nhóm dân tộc Ê Đê Đắk Lắk (≥37 tuần): 12,21% [4], [5]. So với ước lượng quốc gia năm 2015 (8,2%), kết

quả của chúng tôi thấp hơn, phù hợp với thực tế rằng mẫu nghiên cứu chỉ gồm trẻ đủ tháng tại bệnh viện trong khi ước lượng quốc gia tính cho mọi ca sinh (bao gồm cả sinh non – yếu tố làm tăng tỷ lệ SSNC).

4.2.2. Mối liên quan giữa các yếu tố và trẻ sơ sinh đủ tháng nhẹ cân. Trong phân tích đơn biến, các yếu tố cho thấy mối liên quan có ý nghĩa với nhẹ cân đủ tháng: BMI tiền thai <18,5 (OR=1,71; KTC95%:1,20–2,38), tăng cân thai kỳ <9 kg (OR=2,43; 1,76–3,32), khám thai <3 lần (OR=1,72; 1,25–2,33), khoảng cách sinh ≤24 tháng (OR=2,05; 1,35–3,09) và mẹ mắc bệnh trong thai kỳ (OR=1,92; 1,38–2,62). Kết quả này nhất quán với các nghiên cứu tại Việt Nam như nghiên cứu của Nguyễn Thị Diệu Trang cho thấy ở nhóm BMI <18,5 (OR=2,44), tăng cân ≤9 kg (OR=3,77) và khám thai <3 lần (OR=2,54) đều làm tăng nguy cơ nhẹ cân; bổ sung sắt không đủ và mẹ mắc bệnh thai kỳ cũng tăng nguy cơ (OR=1,9) [3]. Tương tự nghiên cứu của Kiên Thị Sarête tại Trà Vinh cũng cho kết quả: tăng cân ≤9 kg (PR=3,18), khám thai <3 lần (PR=4,29) và bệnh thai kỳ (PR=5,12) là các yếu tố nổi bật, cùng cơ vai trò của dinh dưỡng và tiếp cận dịch vụ tiền sản trong phòng ngừa nhẹ cân đủ tháng [4].

Tăng cân thai kỳ không đạt và BMI thấp là các chỉ dấu thiếu dự trữ của mẹ, dễ dẫn đến hạn chế tăng trưởng trong tử cung ở trẻ đủ tháng; cả hai biến này lặp lại ở nhiều địa phương với bằng chứng về tăng cân <9–10 kg, BMI <18,5 liên quan nhẹ cân. Khám thai <3 lần phản ánh tiếp cận dịch vụ kém, dễ bỏ lỡ sàng lọc điều trị bệnh mẹ và những bất lợi dinh dưỡng; kết quả của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu của Nguyễn Thị Diệu Trang tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Đắk Lắk (OR=2,54) và Kiên Thị Sarête tại Trà Vinh (PR=4,29). Khoảng cách sinh ≤24 tháng cũng tái hiện phát hiện trong nghiên cứu của Ngô Thị Kim Phụng, nơi khoảng cách ngắn liên quan mạnh với nhẹ cân, nhấn mạnh nhu cầu tư vấn khoảng cách sinh an toàn trong can thiệp sau sinh [5]. Cuối cùng, bệnh lý thai kỳ (tăng huyết áp, đái tháo đường thai kỳ, nhiễm trùng...) là yếu tố nhất quán trong y văn trong nước, cả ở Ê Đê Đắk Lắk và Trà Vinh, bệnh viện tuyến trung ương đều ghi nhận nguy cơ tăng rõ rệt khi mẹ có bệnh trong thai kỳ [3], [4], [6].

Ngược lại, các biến địa chỉ nông thôn/thành thị, nhóm tuổi mẹ và con so/con rạ không có ý nghĩa trong phân tích đơn biến của chúng tôi. Điều này có thể do các biến kinh tế-xã hội trực tiếp (như nghèo/cận nghèo) và dinh dưỡng mới là những tác nhân gần hơn của nhẹ cân; Trong

ngiên cứu của Lê Thị Ái Xuân, tình trạng hộ nghèo/cận nghèo, tăng cân thai kỳ thấp và thiếu bổ sung sắt liên quan rõ với nhẹ cân, gợi ý rằng nơi cư trú đơn thuần có thể kém dự báo hơn các yếu tố này [1]. Ngoài ra, tuổi mẹ chỉ tăng nguy cơ ở nhóm vị thành niên <18 tuổi trong khảo sát cộng đồng Trà Vinh (2020) [4] một phân nhóm tuổi mà bộ số liệu của chúng tôi (phân nhóm ≤ 25 ; 26–30; 31–35; >35) có thể không khảo sát đủ để quan sát hiệu ứng.

4.2.3. Phân tích hồi quy logistic giữa sơ sinh đủ tháng nhẹ cân và các yếu tố liên quan. Sau khi phân tích hồi quy logistic, các yếu tố vẫn ý nghĩa thống kê độc lập với nhẹ cân đủ tháng gồm: BMI tiền thai <18,5 ($OR_{HC}=1,57$; KTC95%: 1,12–2,45; $p=0,003$), tăng cân thai kỳ <9 kg (2,64; 1,54–3,91; $p<0,001$), khám thai <3 lần (1,63; 1,18–3,14; $p=0,002$), khoảng cách sinh ≤ 24 tháng (2,08; 1,16–3,18; $p=0,001$) và bệnh lý trong thai kỳ (1,98; 1,12–2,97; $p=0,0001$). Các biến địa chỉ cư trú, nhóm tuổi mẹ và số con (con so/con rạ) không còn ý nghĩa sau hiệu chỉnh, gợi ý rằng các tác nhân gần như dinh dưỡng, tiếp cận/chất lượng quản lý thai nghén và gánh nặng bệnh mẹ mới là những yếu tố quyết định nguy cơ. So sánh OR thô và OR hiệu chỉnh cho thấy một phần nhiễu/đồng biến giữa BMI tiền thai và tăng cân và khám thai định kỳ và bệnh lý thai kỳ, song cường độ hiệu ứng của các yếu tố trên vẫn ổn định sau kiểm soát. Những kết quả này định hướng ưu tiên can thiệp vào nâng BMI tiền thai và theo dõi tăng cân đạt chuẩn, đảm bảo ≥ 4 lần khám thai kèm gói xét nghiệm cơ bản, quản lý tích cực bệnh thai kỳ, và tư vấn khoảng cách sinh ≥ 24 tháng.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ trẻ sơ sinh đủ tháng nhẹ cân tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Cà Mau giai đoạn 2023–2024 là 5,93% (293/4.940).

Các yếu tố liên quan độc lập với nhẹ cân sau hồi quy logistic đa biến gồm: BMI tiền thai <18,5 (OR hiệu chỉnh=1,57; KTC95%: 1,12–2,45; $p=0,003$), tăng cân thai kỳ <9 kg (2,64; 1,54–3,91; $p<0,001$), số lần khám thai <3 (1,63; 1,18–3,14; $p=0,002$), khoảng cách giữa hai lần sinh ≤ 24 tháng (2,08; 1,16–3,18; $p=0,001$), và có bệnh lý trong thai kỳ (1,98; 1,12–2,97; $p=0,0001$). Các biến địa chỉ cư trú, nhóm tuổi mẹ và số con không ghi nhận liên quan độc lập ($p>0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Thị Ái Xuân, và CS, "Nghiên cứu tình hình sơ sinh nhẹ cân và một số yếu tố liên quan tại tỉnh Vĩnh Long năm 2021", Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, 53, 75–83.
2. Lâm Thị Kim Ngọc, và CS, "Nghiên cứu tình hình cân nặng sơ sinh và một số yếu tố liên quan sơ sinh nhẹ cân tại thành phố Trà Vinh năm 2020", Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, 37, 69–75.
3. Nguyễn Thị Diệu Trang, và CS, "Tỷ lệ trẻ nhẹ cân lúc sinh và các yếu tố liên quan ở người dân tộc Ê Đê tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Đắk Lắk", Y Học TP. Hồ Chí Minh, 20(1), 353–359.
4. Kiên Thị Sarête, và CS, "Tỷ lệ trẻ sơ sinh nhẹ cân và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Trà Vinh", Y Học TP. Hồ Chí Minh, 21(1), 174–180.
5. Ngô Thị Kim Phụng, và CS, "Tỷ lệ trẻ sinh nhẹ cân và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện Đa khoa Bạc Liêu", Y Học TP. Hồ Chí Minh, 21(1), 165–173.
6. Nguyễn Thị Thu Liễu, và CS, "Tỷ lệ nhẹ cân sơ sinh và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2021", Vietnam Medical Journal, số 01, 275–279.

ĐẶC ĐIỂM DI TRUYỀN VÀ KẾT CỤC THAI KỲ Ở CÁC TRƯỜNG HỢP CÓ NIPT NGUY CƠ CAO VỚI LỆCH BỘI KHÁC T13, T18 VÀ T21 TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Huỳnh Từ Lê Khanh¹, Trần Nhật Thăng¹, Phạm Hùng Cường¹, Nguyễn Trung Đức¹, Quan Thành Đạt²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Xét nghiệm sàng lọc trước sinh không xâm lấn (NIPT) ngày càng được ứng dụng rộng

rãi trong thực hành sản khoa nhờ độ nhạy và độ đặc hiệu cao đối với các lệch bội thường gặp (trisomy 13, 18 và 21). Tuy nhiên, dữ liệu về giá trị tiên đoán và kết cục thai kỳ đối với nhóm lệch bội hiếm (rare autosomal aneuploidies – RAAs) và bất thường nhiễm sắc thể giới tính (sex chromosome aneuploidies – SCAs) vẫn còn hạn chế, đặc biệt tại Việt Nam. Việc mô tả đặc điểm di truyền và kết cục thai kỳ ở nhóm này có ý nghĩa quan trọng nhằm hỗ trợ tư vấn di truyền và quản lý thai kỳ hiệu quả. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm di truyền và kết cục thai kỳ ở các trường hợp có kết quả NIPT nguy cơ cao với lệch bội hiếm khác T13, T18 và

¹Đại học Y Dược TP.HCM

²Đại học Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hùng Cường

Email: bsphcuong@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.8.2025

Ngày duyệt bài: 30.9.2025