NGHIÊN CỨU TÌNH HÌNH SƠ SINH NHẸ CÂN VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC LONG KHÁNH NĂM 2024

Nguyễn Thị Lan Phương, Võ Thị Thu

Hoàng Xuân Quý, Nguyễn Thị Thúy Hằng

Bệnh viện đa khoa khu vực Long Khánh

Nghiên cứu nhằm xác định tỷ lệ sơ sinh nhẹ cân, một số yếu tố liên quan và đánh giá kết quả điều trị sơ sinh nhẹ cân tại bệnh viện đa khoa khu vực Long Khánh năm 2024. Nghiên cứu cắt ngang trên 520 bà mẹ và trẻ sơ sinh tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Long Khánh từ tháng 01/2024 đến tháng 09/2024. Sơ sinh nhẹ cân được xác định khi cân nặng lúc sinh < 2500 g. Phân tích hồi quy logistic được sử dụng để xác định các yếu tố liên quan. Tỷ lệ sơ sinh nhẹ cân là 6% (31/520 trẻ). Tuổi thai < 37 tuần làm tăng nguy cơ sơ sinh nhẹ cân 45,5 lần so với trẻ đủ tháng (OR=45,5; KTC 95%: 15,6-132,6). Mẹ có tiền sử tăng huyết áp thai kỳ/tiền sản giật làm tăng nguy cơ sinh con nhẹ cân 25,9 lần (OR=25,9; KTC 95%: 3,6-185,3). Ngược lại, tăng cân trong thai kỳ ≥ 10 kg có liên quan đến giảm nguy cơ sơ sinh nhẹ cân (OR=0,2; KTC 95%: 0,08-0,6). Trong số trẻ sơ sinh nhẹ cân được theo dõi và điều trị, phần lớn trẻ đáp ứng tốt với chăm sóc và điều trị hỗ trợ; 74,2% trẻ ra viện ổn định, không ghi nhận trường hợp tử vong. Như vậy nghiên cứu đã ghi nhận tỷ lệ sinh non và nhấn mạnh phát hiện sớm và quản lý tốt các yếu tố nguy cơ trong thai kỳ có thể góp phần giảm tỷ lệ sơ sinh nhẹ cân và cải thiện kết quả điều trị.

Từ khóa: sơ sinh nhẹ cân, tỷ lệ, yếu tố liên quan.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sơ sinh nhẹ cân là trẻ cân nặng < 2.500g bất kể tuổi thai [1], [2], [3]. Cân nặng của trẻ sơ sinh khi sinh là yếu tố quan trọng, dấu hiệu sức khỏe và dinh dưỡng của bà mẹ và thai nhi. Trẻ sơ sinh nhẹ cân có nguy cơ tử vong cao hơn trong 28 ngày đầu đời, nguy cơ chậm phát triển thể chất và IQ . Ngoài ra, tình trạng này còn làm tăng nguy cơ mắc các bệnh mãn tính khởi phát ở tuổi trưởng thành như béo phì và bệnh tiểu đường [3]. Theo Unicef, tỷ lệ trẻ sơ sinh nhẹ cân từ 7,2% ở các khu vực phát triển đến 17,3% ở Châu Á. Cũng có sự khác biệt giữa các tiểu vùng. Ở Nam Á, tỷ lệ trẻ sơ sinh nhẹ cân là 26,4% năm 2015 - cao hơn năm lần so với tỷ lệ hiện mắc 5,1% ở Đông Á [3].

Sinh non < 37 tuần và thai chậm phát triển trong tử cung là 2 nguyên nhân hàng đầu dẫn đến sơ sinh nhẹ cân [4] [3]. Một số yếu tố có liên quan đến sơ sinh nhẹ cân: Người mẹ suy dinh dưỡng: thiếu máu, thiếu cân hoặc thừa cân,… trước và trong kỳ mang thai, mắc bệnh nội khoa tăng huyết áp, đái tháo đường, nhiễm trùng. Người mẹ lớn tuổi hoặc quá nhỏ, đa sản, khoảng cách sinh quá thưa, hút thuốc, uống rượu, sanh mổ không đúng chỉ định [5].

Trong đại hội Y tế Thế giới lần thứ 65, các quốc gia thành viên thông qua mục tiêu giảm 30% tỷ lệ trẻ sơ sinh nhẹ cân trên toàn cầu từ năm 2012 đến năm 2025. Tuy nhiên, báo cáo về tiến độ vẫn là một thách thức [3].

Khoa sản bệnh viện đa khoa khu vực Long Khánh với chỉ tiêu 185 giường có 27250 lượt khám thai hàng năm với tổng số ca sinh năm 2023 là 7853 ca. Thực tế khám lâm sàng có nhiều thai kỳ thai chậm tăng trưởng được phát hiện và theo dõi đến khi sinh cũng như một số trường hợp vào sinh trong tình trạng thai non tháng không thể tiếp tục dưỡng thai.

Tác giả chính: *Nguyễn Thị Lan Phương*
Email: *drlanphuong77@gmail.com*

Nhằm tìm hiểu tỷ lệ sơ sinh nhẹ cân và một số yếu tố liên quan đến tình trạng này để tăng cường truyền thông đến thai phụ, cũng như đánh giá thực trạng điều trị sơ sinh nhẹ cân tại khoa sản, chúng tôi thực hiện đề tài : "Nghiên cứu tình hình sơ sinh nhẹ cân và một số yếu tố liên quan tại bệnh viện đa khoa khu vực Long Khánh năm 2024", với 3 mục tiêu: (1) xác định tỷ lệ sơ sinh nhẹ cân ở trẻ, (2) xác định một số yếu tố liên quan đến sơ sinh nhẹ cân, (3) đánh giá kết quả điều trị nhẹ cân sơ sinh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả sản phụ và trẻ sinh từ 01/3/2024 đến 01/9/2024 sinh tại bệnh viện đa khoa khu vực Long Khánh.

Tiêu chuẩn lựa chọn: sản phụ và trẻ sinh từ 01/3/2024 đến 01/9/2024 sinh tại bệnh viện Long Khánh và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: sản phụ không giao tiếp được, các bà mẹ sinh song thai.

2. Phương pháp nghiên cứu

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

Cỡ mẫu: sử dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỷ lệ:

$$n = z^2_{1-\alpha/2} \frac{p.(1-P)}{d^2}$$

Trong đó:

- n : cỡ mẫu nghiên cứu;
- $Z_{1-\alpha/2}$: giá trị phân phối chuẩn với mức ý nghĩa α = 0,05 thì $Z_{1-\alpha/2}$=1,96;
- p = 0,14, tỷ lệ sơ sinh nhẹ cân, theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Liễu tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương năm 2021 chiếm 14,1% [6];
- d là sai số cho phép, chọn d = 0,03;

Thay vào công thức ta được: n = 514 sản phụ và trẻ.

Phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên đơn, các trường hợp sinh hằng ngày còn nằm tại viện. Chọn mẫu theo danh sách sinh hàng ngày, danh sách đó sẽ đánh số thứ tự từ sản phụ 01 đến cuối danh sách, sau đó chọn ngẫu nhiên đơn 05 trường hợp bằng phần mềm chọn số ngẫu nhiên để phỏng vấn.

Biến số nghiên cứu

* Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: (1) đặc điểm chung của mẹ (tuổi, dân tộc, nơi cư trú, trình độ học vấn, thu nhập, nghề nghiệp); tiền sử bệnh lý (đái tháo đường, tăng huyết áp, bệnh lý khác); tiền sử sản khoa (phát hiện hở eo tử cung hoặc cổ tử cung ngắn khi mang thai: 2 giá trị là có và không); đặc điểm của thai kỳ lần này (số lần khám thai, các bất thường trong thai kỳ, điều trị trong thai kỳ); (2) đặc điểm chung của trẻ sơ sinh (tuổi thai, giới tính, cách sinh).

* Tỷ lệ sơ sinh nhẹ cân: chẩn đoán sơ sinh nhẹ cân khi trẻ sinh ra có cân nặng < 2500g; tuổi thai (giai đoạn mang thai): được tính theo thứ tự ưu tiên siêu âm 3 tháng đầu, ngày chuyển phôi nếu có hỗ trợ sinh sản, kinh cuối; tỷ lệ sơ sinh theo tuổi thai, theo tuổi mẹ.

* Một số yếu tố liên quan đến sơ sinh nhẹ cân: đặc điểm nhân khẩu học (tuổi, dân tộc, nơi cư trú, trình độ học vấn, nghề nghiệp, thu nhập, thể trạng trước khi mang thai); tiền sử bệnh lý (đái tháo đường thai kỳ, tăng huyết áp thai kỳ, bệnh lý khác như bệnh phổi, bệnh tim…và sản khoa như tiền sử sinh con to, tiền sử sinh con nhỏ cân, tiền sử thai chết lưu, sẩy thai, số lần sinh con, sinh non); liên quan với tình trạng thai kỳ lần này.

* Kết quả điều trị chăm sóc sinh nhẹ cân: (1) chẩn đoán các bất thường sơ sinh như: nhiễm khuẩn sơ sinh, suy hô hấp sơ sinh, vàng da sơ sinh, phản xạ bú theo phác đồ Bộ Y tế "*Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em*" [7]; (2) các phương pháp chăm sóc và điều trị: nằm lồng ấp, thở oxy, phản xạ bú tự nhiên, nhiễm khuẩn sơ sinh, suy hô hấp sơ sinh, vàng da sơ sinh, chiếu đèn điều trị vàng da, ra viện hay chuyển viện, tử vong: 2 giá trị là có và không.

Phương pháp thu thập số liệu: phỏng vấn thai phụ theo bảng câu hỏi có sẵn và thu thập các dữ liệu về tình hình sinh, tình hình trẻ trên hồ sơ và khám trẻ.

Xử lý số liệu: Số liệu được nhập bằng phần mềm EpiData 3.1 và phân tích bằng phần mềm thống kê Stata 15.1. Thống kê mô tả được sử

dụng để tính tần số, tỷ lệ phần trăm và giá trị trung bình ± độ lệch chuẩn nhằm mô tả đặc điểm của đối tượng nghiên cứu.

Mối liên quan giữa các yếu tố của bà mẹ và tình trạng sơ sinh nhẹ cân được phân tích bằng hồi quy logistic đơn biến để tính odds ratio (OR) và khoảng tin cậy 95%. Các biến có giá trị p < 0,2 trong phân tích đơn biến được đưa vào mô hình hồi quy logistic đa biến nhằm xác định các yếu tố liên quan độc lập với sơ sinh nhẹ cân. Mức ý nghĩa thống kê p < 0,05.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được Hội đồng khoa học Bệnh viện đa khoa khu vực Long Khánh phê duyệt. Thông tin của người bệnh được bảo mật tuyệt đối, đảm bảo quyền riêng tư và chỉ sử dụng mục đích nghiên cứu khoa học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của bà mẹ

Tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là 28,9 ± 5,6. Nhóm tuổi 18 - 35 chiếm 87,9%.

Đa số là dân tộc Kinh (88,9%).

Tập trung nhiều ở nhóm nghề nghiệp nội trợ (36,4%) và công nhân (34,2%).

Trình độ học vấn còn thấp, học vấn ≤ lớp 12 chiếm 77,7%.

Nơi cư trú chủ yếu đến từ vùng nông thôn (83,3%).

Tỷ lệ nghèo và cận nghèo chiếm 2,9%.

Các bà mẹ thiếu cân (BMI < 18,5) chiếm tỷ lệ 15,6%.

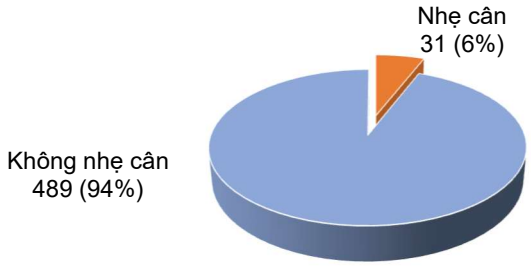
Bảng 1. Tiền sử sản khoa và bệnh lý của bà mẹ (n=520)

Bệnh lý trước khi mang thai	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đái tháo đường, đái tháo đường thai kỳ	3	0,6
Tăng huyết áp thai kỳ/ Tiền sản giật/Tăng HA	5	1,0
Tiền sử bệnh lý khác	38	7,3
Tiền sử con to ≥ 4000g	8	1,5
Tiền sử con nhỏ < 2500g	10	1,9
Tiền sử thai chết lưu	15	2,9
Tiền sử sẩy thai < 22 tuần	55	10,6
Tiền sử sinh non (22 - < 37 tuần)	5	1,0
Tăng huyết áp trong thai kỳ lần này	18	2,5
Tăng cân khi mang thai ≥ 10 kg	382	73,4

Trong 520 bà mẹ thu nhận vào mẫu nghiên cứu: số bà mẹ có tiền sử bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường chiếm tỷ lệ rất ít (0,6 - 1%). Các bà mẹ có tiền sử bệnh lý kèm theo khác chiếm 7,3%, tiền sử sinh con nhẹ cân chiếm 1,9%, Các bà mẹ có tiền sử sinh non chiếm 1%, sẩy thai chiếm 10,6%. 18 bà mẹ (3,5%) phát hiện tăng HA trong thai kỳ, 73,4% bà mẹ tăng cân khi mang thai ≥ 10 kg

2. Tỷ lệ sơ sinh nhẹ cân

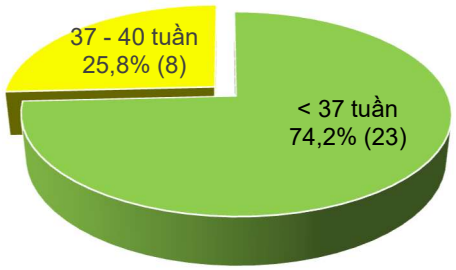
a. Tỷ lệ chung



Biểu đồ 1. Tỷ lệ sơ sinh nhẹ cân

Kết quả có 31 trẻ có cân nặng < 2500g, tỷ lệ sơ sinh nhẹ cân là 6%.

b. Tỷ lệ theo nhóm tuần tuổi thai



Biểu đồ 2. Tỷ lệ sơ sinh nhẹ cân theo nhóm tuần tuổi thai (n=31)

Trong 31 trẻ có cân nặng < 2500g có 23 trẻ có tuổi thai < 37 tuần (74,2%) và 8 trẻ có tuổi thai từ 37 - 40 tuần (25,8%).

c. Một số yếu tố liên quan

Bảng 2. Phân tích hồi qui đa biến các yếu tố liên quan đến sơ sinh nhẹ cân

Các yếu tố liên quan		**Phân tích đơn biến**		**Phân tích đa biến**	
		OR (95% KTC)	**p**	**OR (95% KTC)**	**p**
Nhóm tuổi mẹ	< 18 tuổi	1		1	
	18 - 35 tuổi	0,09 (0,02 - 0,4)	0,001	0,3 (0,03 - 2,6)	0,27
	> 35 tuổi	0,2 (0,03 - 0,9)	0,04	0,3 (0,02 - 4,7)	0,42
Học vấn < 12 lớp		1,9 (1,1 - 3,2)	0,017	5,7 (0,6 - 51,9)	0,13
Tăng cân trong thai kỳ ≥ 10 kg		0,1 (0,04 - 0,2)	< 0,001	0,2 (0,08 - 0,6)	0,005
Tiền sử THA thai kỳ/Tiền sản giật/THA		10,4 (2,4 - 45,6)	0,002	25,9 (3,6 - 185,3)	0,001
Tiền sử con nhỏ < 2500g		11,9 (3,2 - 44,8)	< 0,001	3,7 (0,5 - 27,2)	0,19
Tuổi thai < 37 tuần		71,1 (28,2 - 179,5)	< 0,001	45,5 (15,6 - 132,6)	< 0,001

Phân tích đơn biến: các yếu tố như học vấn < 12 lớp (p = 0,017), tăng cân ít trong thai kỳ (p < 0,001), tiền sử bệnh lý THA/tiền sản giật (p = 0,002), tiền sử sinh con nhẹ cân (p < 0,001) và sinh non (p < 0,001) đều có liên quan có ý nghĩa thống kê đến tình trạng sơ sinh nhẹ cân.

Phân tích đa biến (Xác định nguy cơ thực tế) có 3 yếu tố nguy cơ chính:

Tuổi thai < 37 tuần (Nguy cơ cao nhất): Trẻ sinh non có nguy cơ nhẹ cân cao gấp 45,5 lần so với trẻ đủ tháng (OR = 45,5; 95% KTC: 15,6 - 132,6; p < 0,001).

Tiền sử THA/Tiền sản giật (Nguy cơ rất cao): Bà mẹ có bệnh lý này làm tăng nguy cơ sinh con nhẹ cân lên 25,9 lần (OR = 25,9; 95% KTC: 3,6 - 185,3; p = 0,001).

Tăng cân trong thai kỳ > 10 kg (Yếu tố bảo vệ): Việc duy trì mức tăng cân hợp lý giúp giảm nguy cơ sinh con nhẹ cân đến 80% so với nhóm tăng cân ít (OR = 0,2; 95% KTC: 0,08 - 0,6; p = 0,005).

Như vậy các yếu tố như tuổi mẹ, học vấn hay tiền sử sinh con nhỏ dù có ý nghĩa ở phân tích đơn biến nhưng không còn ý nghĩa ở phân tích đa biến (p > 0,05), cho thấy tác động của chúng bị chi phối bởi các yếu tố bệnh lý và dinh dưỡng trực tiếp nêu trên.

d. Kết quả điều trị chăm sóc trẻ sơ sinh nhẹ cân (n=31)

Qua theo dõi điều trị và chăm sóc 31 trẻ sơ sinh nhẹ cân tại đơn nguyên sơ sinh của khoa sản, với 23 trẻ có tuổi thai < 37 tuần, 8 trẻ có tuổi thai từ 37 - 40 tuần, chúng tôi có kết quả như sau:

Bảng 3. Kết cục thai kỳ có thai nhỏ hơn tuổi thai (n=31)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Phương pháp sinh	Sinh mổ	18	58
	Sinh thường	13	42
Phản xạ bú	Tốt	21	67,7
	Không tốt	10	32,3
Nhiễm khuẩn sơ sinh	Có	6	19,4
	Không	25	80,6
Suy hô hấp sơ sinh	Có	9	16,1
	Không	26	83,9
Vàng da sơ sinh	Có	7	22,6
	Không	24	77,4

Có 21 trẻ bú tốt, 10 trẻ bú không tốt phải hỗ trợ đút sữa bằng thìa. 6 trường hợp chẩn đoán nhiễm khuẩn sơ sinh. 9 trường hợp suy hô hấp. 7 trường hợp vàng da.

Bảng 4. Kết quả điều trị chăm sóc trẻ sơ sinh nhẹ cân (n=31)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nằm lồng ấp	Có	15	48,3
	Không	16	51,7
Thở oxy	Có	9	29,0
	Không	22	71,0
Chiếu đèn điều trị vàng da	Có	7	22,6
	Không	24	77,4
Ra viện, chuyển viện, tử vong	Ra viện	23	74,2
	Chuyển viện	8	25,8
	Tử vong	0	0

Trong 31 trẻ sơ sinh nhẹ cân có: 15 trẻ có nằm lồng ấp, 9 trường hợp phải thở oxy (29%). Có 7 trường hợp chiếu đèn trị vàng da sơ sinh (22,6%). Chuyển viện 8 trường hợp, xuất viện ổn định 23 trường hợp (74,2%).

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 03/2024 đến tháng 9/2024, chúng tôi thu thập được 520 sản phụ đến sinh tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Long Khánh. Tuổi trung bình của các bà mẹ là 28,9 ± 5,6 tuổi, trong đó nhóm tuổi 18 - 35 chiếm tỷ lệ cao nhất (87,9%). Đây là nhóm tuổi sinh sản tối ưu, phù hợp với đặc điểm sinh sản chung của phụ nữ Việt Nam hiện nay. Về đặc điểm nhân khẩu học, dân tộc Kinh chiếm đa số (88,9%), phần lớn sản phụ sinh sống tại khu vực nông thôn (83,3%). Nghề nghiệp chủ yếu là công nhân và nội trợ (lần lượt 34,2% và 36,4%), trình độ học vấn từ lớp 12 trở xuống chiếm 77,7%. Tỷ lệ hộ nghèo và cận nghèo trong nghiên cứu là 2,9%.

Về tình trạng dinh dưỡng của bà mẹ trước khi mang thai, có 15,6% bà mẹ thiếu cân (BMI < 18,5). Đây là yếu tố có thể ảnh hưởng đến sự phát triển của thai nhi, do tình trạng dinh dưỡng của mẹ có liên quan trực tiếp đến cung cấp năng lượng và dưỡng chất cho thai kỳ.Tuy nhiên, đặc

điểm nhân khẩu học và kinh tế - xã hội của đối tượng nghiên cứu có thể khác nhau giữa các nghiên cứu tùy theo địa điểm và thời gian thực hiện, do đó cần được xem xét trong bối cảnh cụ thể của từng khu vực.

Tỷ lệ các bệnh lý nội khoa trước khi mang thai tương đối thấp, với tiền sử tăng huyết áp và đái tháo đường chỉ chiếm khoảng 0,6-1%. Các bệnh lý kèm theo khác chiếm 7,3%. Về tiền sử sản khoa, tỷ lệ bà mẹ có tiền sử sinh con nhẹ cân là 1,9%, tiền sử sinh non là 1% và tiền sử sẩy thai chiếm 10,6%. Ngoài ra, trong thai kỳ hiện tại có 18 bà mẹ (3,5%) được phát hiện tăng huyết áp thai kỳ.

Những yếu tố bệnh lý và tiền sử sản khoa này có thể ảnh hưởng đến sự phát triển của thai nhi và nguy cơ sơ sinh nhẹ cân. Các rối loạn tăng huyết áp trong thai kỳ, đặc biệt là tiền sản giật, có thể làm giảm tưới máu bánh nhau, từ đó ảnh hưởng đến quá trình cung cấp oxy và dưỡng chất cho thai nhi. Bên cạnh đó, tiền sử sinh non hoặc sinh con nhẹ cân cũng được xem là các yếu tố nguy cơ có thể lặp lại trong những lần mang thai sau [6].

Về tình trạng dinh dưỡng trong thai kỳ, có 73,4% bà mẹ tăng cân ≥ 10 kg. Đây là mức tăng cân tương đối phù hợp với khuyến cáo dinh dưỡng thai kỳ, góp phần đảm bảo sự phát triển của thai nhi. Ngược lại, tăng cân thai kỳ không đầy đủ có thể làm tăng nguy cơ thai chậm phát triển trong tử cung và dẫn đến trẻ sinh ra có cân nặng thấp [1].

2. Tỷ lệ sơ sinh nhẹ cân

Qua khảo sát các nghiên cứu trong nước và trên thế giới cũng cho thấy tỷ lệ sơ sinh khác nhau tùy vùng miền, tùy từng nghiên cứu.

Trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi 520 trẻ, có 31 trẻ có cân nặng < 2500g, tỷ lệ sơ sinh nhẹ cân là 6%. Tỷ lệ này tương tự như nghiên cứu của tác giả Lê Thị Ái Xuân năm 2021 ở Vĩnh Long có tỷ lệ sơ sinh nhẹ cân là 5,4%.[8] Lâm Thị Kim Ngọc nghiên cứu trên 929 trẻ sơ sinh tại thành phố Trà Vinh năm 2020 kết quả 6,4% trẻ sơ sinh nhẹ cân và 0,9% trẻ sơ sinh thừa cân, cân nặng sơ sinh trung bình là 3071,7 ± 405,5g.[9] Dagnew Getnet Adugna nghiên cứu ở nước Ethiopia có tỷ lệ sơ sinh nhẹ cân là 12,5%.[10]

Phân tích theo tuổi thai cho thấy trong số 31 trẻ sơ sinh nhẹ cân, có 23 trẻ sinh non (< 37 tuần), chiếm 74,2%, trong khi 8 trẻ đủ tháng (37-40 tuần) chiếm 25,8%. Kết quả này cho thấy sinh non là yếu tố quan trọng góp phần làm tăng tỷ lệ sơ sinh nhẹ cân. Điều này nhấn mạnh vai trò của việc theo dõi thai kỳ và các biện pháp dự phòng sinh non nhằm giảm nguy cơ trẻ sinh ra có cân nặng thấp.

3. Một số yếu tố liên quan đến sơ sinh nhẹ cân

Sau khi phân tích hồi qui đa biến, chúng tôi tìm thấy các bà mẹ tăng cân ≥ 10kg giảm nguy cơ sinh con nhẹ cân 0,2 lần so với bà mẹ tăng cân < 10 kg (OR = 0,2; 95% KTC: 0,08 - 0,6; p = 0,005). Điều này cho thấy tăng cân đầy đủ trong thai kỳ đóng vai trò bảo vệ đối với sự phát triển của thai nhi. Ngược lại, các bà mẹ có tiền sử tăng huyết áp thai kỳ/tiền sản giật/tăng HA tăng nguy cơ sinh con nhẹ cân 25,9 lần (OR = 25,9; 95% KTC: 3,6 - 185,3; p = 0,001). Bà mẹ có tuổi thai < 37 tuần thì trẻ sinh non có nguy cơ nhẹ cân cao gấp 45,5 lần so với trẻ đủ tháng (OR = 45,5; 95% KTC: 15,6 - 132,6; p < 0,001). Kết quả này cho thấy sinh non và bệnh lý tăng huyết áp thai kỳ là các yếu tố nguy cơ nổi bật đối với tình trạng sơ sinh nhẹ cân.

So sánh với các nghiên cứu khác, Lê Thị Ái Xuân ghi nhận một số yếu tố liên quan đến sơ sinh nhẹ cân bao gồm cân nặng của bà mẹ trước khi mang thai, tăng cân trong thai kỳ, tuổi thai khi sinh, bổ sung viên sắt trong thai kỳ và điều kiện kinh tế của gia đình [8]. Tuy nhiên, nghiên cứu này chưa thực hiện phân tích đa biến để kiểm soát các yếu tố nhiễu. Lâm Thị Kim Ngọc cũng ghi nhận nhiều yếu tố liên quan như tuổi mẹ, dân tộc, trình độ học vấn, điều kiện kinh tế, tuổi thai < 37 tuần, tiền sử sinh con nhẹ cân, số con hiện tại > 2 con, khoảng cách giữa hai lần sinh < 24 tháng, khám thai không đều đặn, tăng cân thai kỳ

< 10 kg và các yếu tố môi trường như tiếp xúc khói thuốc lá [9]. Trong khi đó, nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Liễu xác định các yếu tố liên quan bao gồm tuổi mẹ, trình độ học vấn và tiền sử sinh non, tuy nhiên nghiên cứu này cũng chưa thực hiện phân tích đa biến [6].

Dagnew Getnet Adugna nghiên cứu ở nước Ethiopia, thấy rằng sinh non, tăng huyết áp thai kỳ, BMI < 18,5 kg/m2 và đa sản là những yếu tố có liên quan với cân nặng khi sinh thấp [10]. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi khi sinh non và bệnh lý tăng huyết áp thai kỳ đều là những yếu tố nguy cơ quan trọng.

Nhìn chung, mặc dù các nghiên cứu có thể xác định các yếu tố liên quan khác nhau do sự khác biệt về cỡ mẫu, địa điểm và thời gian nghiên cứu, nhưng các yếu tố từ phía bà mẹ như tình trạng dinh dưỡng, mức tăng cân trong thai kỳ, bệnh lý tăng huyết áp thai kỳ và sinh non vẫn được ghi nhận là những yếu tố nguy cơ nổi bật đối với sơ sinh nhẹ cân.

4. Kết quả điều trị, chăm sóc trẻ sơ sinh nhẹ cân

Thai nhỏ so với tuổi thai thường có kết cục thai kỳ không thuận lợi. Trương Mỹ Ngọc ở bệnh viện Phụ sản Cần Thơ năm 2020 nghiên cứu 103 thai phụ có thai nhỏ so với tuổi thai được chẩn đoán từ 28 đến 36 tuần. Mổ lấy thai chiếm tỷ lệ 73,3% với nguyên nhân chính là suy thai (59,5%). Tuổi thai trung bình lúc sinh là 36 1/7 tuần. Cân nặng lúc sinh trung bình 2.039 ± 562 g. Tỷ lệ trẻ sơ sinh nhẹ cân so với tuổi thai là 72,8%, tỷ lệ trẻ nhập khoa Hồi sức sơ sinh 34,0%, bệnh lý sơ sinh tổng hợp 41,0%, tỷ lệ thai chết trong tử cung 1,0%, tỷ lệ trẻ chết sau sinh 1,0% [11].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 31 trẻ sơ sinh nhẹ cân được theo dõi và chăm sóc tại đơn nguyên sơ sinh của khoa Sản. Trong đó có 23 trẻ sinh non (< 37 tuần) và 8 trẻ đủ tháng (37-40 tuần). Tỷ lệ sinh mổ ở nhóm này là 52% (18 trường hợp), cao hơn so với sinh thường, cho thấy các trường hợp thai kỳ nguy cơ thường được chỉ định can thiệp phẫu thuật nhằm đảm bảo an toàn cho mẹ và trẻ.

Về chăm sóc sau sinh, có 15 trẻ (48,3%) được chỉ định nằm lồng ấp tại khu dưỡng nhi, 9 trường hợp cần hỗ trợ thở oxy (29%) và 7 trường hợp phải chiếu đèn điều trị vàng da sơ sinh (22,6%). Trong tổng số 31 trẻ, có 23 trường hợp xuất viện ổn định (74,2%) và 8 trường hợp phải chuyển viện, chủ yếu là các trường hợp sinh non dưới 37 tuần.

Thực tế cho thấy khả năng chăm sóc sơ sinh tại đơn nguyên sơ sinh của khoa Sản còn hạn chế đối với các trường hợp non tháng sâu hoặc cần hỗ trợ chuyên sâu như nuôi ăn tĩnh mạch kéo dài hay hỗ trợ hô hấp nâng cao. Do đó, các trẻ có tuổi thai rất thấp (< 32 tuần) hoặc cân nặng dưới 2000g thường được chuyển đến các cơ sở có đơn vị hồi sức sơ sinh chuyên sâu. Tuy nhiên, một số trường hợp trẻ nhẹ cân khoảng 1800-1900 g vẫn có thể được theo dõi và chăm sóc tại đơn nguyên sơ sinh cho đến khi ổn định và xuất viện.

5. Hạn chế của nghiên cứu

Nghiên cứu có một số hạn chế cần được xem xét. Thứ nhất, thiết kế nghiên cứu cắt ngang chỉ cho phép xác định mối liên quan giữa các yếu tố và sơ sinh nhẹ cân, chưa thể khẳng định mối quan hệ nhân quả; do đó các nghiên cứu đoàn hệ hoặc theo dõi dọc trong tương lai là cần thiết để làm rõ vấn đề này. Thứ hai, một số yếu tố có thể ảnh hưởng đến cân nặng sơ sinh như tình trạng dinh dưỡng, chế độ ăn của mẹ trong thai kỳ và các yếu tố môi trường chưa được phân tích đầy đủ. Ngoài ra, kết quả điều trị trẻ sơ sinh nhẹ cân chỉ được đánh giá trong thời gian nằm viện, chưa theo dõi được các kết cục dài hạn sau xuất viện, vì vậy cần có các nghiên cứu theo dõi lâu dài để đánh giá toàn diện hơn.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ sơ sinh nhẹ cân tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Long Khánh năm 2024 là 6%. Phân tích hồi quy đa biến cho thấy tuổi thai < 37 tuần (OR = 45,5; 95, KTC: 15,6 - 132,6; p < 0,001) và tiền sử tăng huyết áp thai kỳ/tiền sản giật (OR = 25,9; 95%, KTC: 3,6 - 185,3; p = 0,001) là những yếu tố làm tăng đáng kể nguy cơ sinh con nhẹ cân, trong

khi tăng cân của bà mẹ trong thai kỳ ≥ 10 kg (OR = 0,2; 95%, KTC: 0,08 - 0,6; p = 0,005) có vai trò bảo vệ, giúp giảm nguy cơ này. Kết quả nghiên cứu nhấn mạnh tầm quan trọng của việc quản lý thai kỳ, đặc biệt là theo dõi và kiểm soát các bệnh lý tăng huyết áp cũng như đảm bảo dinh dưỡng hợp lý cho thai phụ nhằm hạn chế nguy cơ trẻ sinh nhẹ cân. Bên cạnh đó, một tỷ lệ đáng kể trẻ sơ sinh nhẹ cân cần các biện pháp hỗ trợ chăm sóc sau sinh như nằm lồng ấp, hỗ trợ hô hấp và điều trị vàng da, cho thấy nhu cầu chăm sóc sơ sinh phù hợp đối với nhóm trẻ nguy cơ này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] **Eyasu Alem Lake.** *Low Birth Weight and Its Associated Factors among Newborns Delivered at Wolaita Sodo University Teaching and Referral Hospital, Southern Ethiopia, 2018*. International Journal of Pediatrics. 2019;2019.

[2] **Pratibha Thapa**. *Prevalence of low birth weight and its associated factors: Hospital based cross sectional study in Nepal*. PLOS GLOBAL PUBLIC HEALTH. 2022;2 (11).

[3] **UNICEF - WHO**. *Low Birthweight Estimates*. Levels and trends 2000-2015. 2019.

[4] **Bệnh viện Từ Dũ**. Thai chậm tăng trưởng trong tử cung. *Phác đồ điều trị Sản phụ khoa*: Nhà xuất bản Tổng hợp thành phố Hồ Chí Minh; 2022. p. 150 - 157.

[5] **Bộ môn Phụ sản Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh**. *Vấn đề liên quan đến các thuật ngữ: thai nhỏ so với tuổi thai (SGA), thai với tăng trưởng trong tử cung bị giới hạn (FGR) (IUGR)*. Bài giảng sản khoa: Nhà xuất bản Y học; 2020. p. 303 - 306.

[6] **Nguyễn Thị Thu Liễu**. *Tỷ lệ nhẹ cân sơ sinh và một số yếu tố liên quan tại bệnh viện phụ sản Trung Ương năm 2021*. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021;516(1):275 - 279.

[7] **Bộ Y tế**. *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em*. Hà Nội. 2015.

[8] **Lê Thị Ái Xuân**. *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. 2022;53:74 - 83.

[9] **Lâm Thị Kim Ngọc**. *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. 2020;37:69 - 75.

[10] **Dagnew Getnet Adugna**. *Maternal and neonatal factors associated with low birth weight among neonates delivered at the University of Gondar comprehensive specialized hospital, Northwest Ethiopia*. Frontiers in Pediatrics. 2022.

[11] **Trương Mỹ Ngọc**. *Kết cục thai kỳ các trường hợp thai nhỏ so với tuổi thai*. Tạp chí Phụ Sản. 2020;18(1):32 - 27.

SUMMARY

STUDY SITUATION ON LOW BIRTH BIRTH AND ASSESSMENT OF THE RESULTS OF TREATMENT OF LOW BIRTH BIRTH AT LONG KHANH REGIONAL GENERAL HOSPITAL IN 2024

This study aimed to determine the prevalence of low birth weight (LBW), identify associated factors, and evaluate treatment outcomes of low birth weight neonates at Long Khanh Regional General Hospital in 2024. A cross - sectional study was conducted on 520 mothers and their newborns delivered at Long Khanh Regional General Hospital from January 2024 to September 2024. Low birth weight was defined as a birth weight of less than 2500 g. Logistic regression analysis was used to identify factors associated with LBW.The prevalence of low birth weight was 6% (31/520 newborns). Preterm birth (< 37 weeks of gestation) significantly increased the risk of LBW by 45.5 times compared with term birth (OR = 45.5; 95% CI: 15.6-132.6). A maternal history of gestational hypertension/preeclampsia was associated with a 25.9 - fold increased risk of LBW (OR = 25.9; 95% CI: 3.6-185.3). In contrast, maternal weight gain during pregnancy ≥ 10 kg was associated with a reduced risk of LBW (OR = 0.2; 95% CI: 0.08-0.6). Among the low birth weight neonates receiving treatment and care, most responded well to supportive management; 74.2% were discharged in stable condition and no deaths were recorded.These findings highlight the importance of early detection and appropriate management of risk factors during pregnancy, particularly prevention of preterm birth and hypertensive disorders, to reduce the incidence of low birth weight and improve neonatal outcomes.

Keywords: Low birth weight, prevalence, associated factors.