

Tỷ lệ mang thai ở tuổi vị thành niên sinh con tại Khoa Sanh - Bệnh viện Từ Dũ và các yếu tố liên quan

Trần Vi Linh, Nguyễn Tấn Tùng, Trương Thị Thùy Dương*



Use your smartphone to scan this QR code and download this article

Trường Đại học Khoa học Sức khỏe, Đại học Quốc gia Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Liên hệ

Trương Thị Thùy Dương, Trường Đại học Khoa học Sức khỏe, Đại học Quốc gia Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Email: tttduong@uhs.vnu.edu.vn

Lịch sử

- Ngày nhận: 03-12-2024
- Ngày sửa đổi: 22-4-2025
- Ngày chấp nhận: 24-4-2025
- Ngày đăng: 30-6-2025

DOI:

<https://doi.org/10.32508/stdjhs.v6i1.607>



Check for updates

Bản quyền

© ĐHQG Tp.HCM. Đây là bài báo công bố mở được phát hành theo các điều khoản của the Creative Commons Attribution 4.0 International license.



TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Mang thai độ tuổi vị thành niên (VTN) có xu hướng tăng trong những năm gần đây dẫn đến các bất lợi về kết cục thai kỳ cho thai phụ và thai nhi.

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ nữ VTN mang thai và các yếu tố liên quan đến sinh tại Khoa Sanh Bệnh viện Từ Dũ.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 554 thai phụ đến sinh tại Khoa Sanh Bệnh viện Từ Dũ từ tháng 08/2023 đến 02/2024.

Kết quả: Tỷ lệ nữ VTN mang thai chiếm 4,3%, với độ tuổi trung bình là $16,9 \pm 1,1$. Yếu tố liên quan đến mang thai VTN bao gồm: sinh sống ở nông thôn, không đi học, không thu nhập, sử dụng chất kích thích, xem nội dung liên quan đến tình dục không lành mạnh, không sống cùng người thân, không có sự hỗ trợ và quan tâm từ gia đình, trải qua biến cố trong gia đình. Các yếu tố có thể làm giảm tỷ lệ mang thai VTN gồm sống cùng gia đình và có sự hỗ trợ từ người thân và gia đình. Mang thai độ tuổi VTN dẫn đến những kết cục bất lợi cho thai gồm sinh non, thai nhỏ, sinh con nhẹ cân.

Kết luận: Tỷ lệ mang thai VTN vẫn còn cao, liên quan đến các nguyên nhân xuất phát từ gia đình và xã hội. Để giảm tỷ lệ và các kết cục bất lợi cho thai phụ và thai nhi khi mẹ mang thai ở tuổi VTN cần phải có sự phối hợp quan tâm và hỗ trợ từ gia đình, nhà trường và xã hội.

Từ khoá: Mang thai vị thành niên, kết cục bất lợi trong thai kỳ, Bệnh viện Từ Dũ.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại Việt Nam quy định trẻ em là dưới 16 tuổi, thanh niên là từ 16 đến 30 tuổi, ngoài ra VTN được xem là lứa tuổi từ 10 đến dưới 18 tuổi và về mặt luật pháp VTN là dưới 18 tuổi^{1,2}. Để phù hợp với văn hóa và pháp luật của Việt Nam, nghiên cứu lấy định nghĩa VTN từ 10 đến dưới 18 tuổi để phục vụ cho quá trình lấy mẫu và phân tích dữ liệu trong văn bản nghiên cứu khoa học này.

Theo Vụ sức khỏe Bà mẹ - Trẻ em của Bộ Y Tế (BYT), tỷ lệ mang thai tuổi VTN tại Việt Nam có xu hướng tăng trong những năm gần đây với số liệu năm 2020, năm 2021 và năm 2022 lần lượt là 2,39%, 4,40% và 4,39%³.

Một số nghiên cứu đã ghi nhận các yếu tố góp phần vào việc mang thai và sinh con ở nữ VTN, như sự hạn chế về giáo dục giới tính, nhân khẩu học, yếu tố gia đình và xã hội⁴. Mang thai VTN làm gia tăng tỷ lệ thai kỳ bất lợi ở thai phụ như sinh non, thai lưu, thiếu máu, tiền sản giật, thiếu ối, đa ối, băng huyết sau sinh, nhiễm trùng hậu sản và những ảnh hưởng về tâm lý. Ngoài ra, những kết cục bất lợi cho thai nhi như trẻ sơ sinh nhẹ cân, suy dinh dưỡng, hội chứng suy hô hấp, chấn thương sau sinh, tỷ lệ bệnh tật cao hơn, thậm chí là tử vong cũng cần được chú ý⁵.

Năm 2020, BYT đã xây dựng Kế hoạch tổng thể quốc gia về bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe VTN nhưng tỷ lệ mang thai ở nữ VTN ở Việt Nam có xu hướng tăng, tỷ lệ mang thai tuổi VTN năm 2022 cao 1,84 lần với số liệu năm 2020 (4,39% so với 2,39%)³. Nhằm cung cấp số liệu về sức khỏe tuổi VTN, nghiên cứu đã được thực hiện tập trung xác định tỷ lệ mang thai và các yếu tố liên quan đến nữ VTN.

ĐỐI TƯỢNG-PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Thai phụ đến sinh tại khoa Sanh - Bệnh viện Từ Dũ trong khoảng thời gian nghiên cứu từ tháng 08/2023-02/2024, thai phụ và gia đình/người giám hộ đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn chọn vào

Tất cả trường hợp thai phụ có thai sống từ 22 tuần trở lên (theo siêu âm lần đầu), tới sinh tại khoa Sanh - Bệnh viện Từ Dũ (thai phụ và gia đình/người giám hộ ký đồng thuận đồng ý tham gia nghiên cứu) trong thời gian thực hiện nghiên cứu.

Trích dẫn bài báo này: Linh T V, Tùng N T, Dương T T T. Tỷ lệ mang thai ở tuổi vị thành niên sinh con tại Khoa Sanh - Bệnh viện Từ Dũ và các yếu tố liên quan. *Sci. Tech. Dev. J. - Health Sci.* 2025; 6(1):711-718.

Tiêu chuẩn loại ra

Thai phụ hoặc gia đình/người giám hộ (đối với thai phụ VTN) từ chối tham gia nghiên cứu hoặc không có khả năng đọc hiểu tiếng Việt.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang mô tả.

Cỡ mẫu - phương pháp lấy mẫu: Cỡ mẫu tối thiểu 554 thai phụ, chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống.

Cỡ mẫu được tính theo công thức tính cỡ mẫu của tỷ lệ sau:

n = (z^2 * p(1 - p)) / d^2

Trong đó:

- **n:** là cỡ mẫu nhỏ nhất cần thu thập (người)
- **Z:** là giá trị phân phối chuẩn tương ứng với độ tin cậy 95%, α = 0,05, do đó Z(1-α/2) = 1,96.
- **p:** là ước lượng tỷ lệ nữ VTN mang thai, p là ước lượng tỷ lệ phần trăm của quần thể. Theo Vụ Sức khỏe Bà mẹ-Trẻ em (Bộ Y tế), tỷ lệ VTN có thai trong tổng số người mang thai năm 2015 là 2,7%³, do đó chọn p =0,027.
- **d:** là sai số của thống kê mẫu so với tham số, chúng tôi chọn d =p/2 =0,027/2 =0,0135.

Cỡ mẫu ước lượng tối thiểu cần đạt được là n =553,76 làm tròn là 554 (người).

Phân tích thống kê : Phần mềm SPSS 27, phép kiểm Chi-square và Fisher, T-test với p có ý nghĩa khi p < 0,05.

Y đức trong nghiên cứu y sinh

Nghiên cứu đã được chấp thuận về mặt y đức trong nghiên cứu từ Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Khoa Y-Đại học Quốc gia Thành phố Hồ Chí Minh (số 06/QĐ-IRB-VN01.017 ký ngày 15/05/2023).

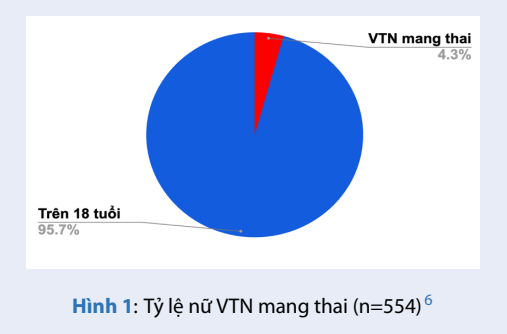
Nghiên cứu được tiến hành có sự đồng ý của bệnh viện Từ Dũ (số 2250/QĐ-BVD ký ngày 30/08/2023).

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 08/2023 đến 02/2024 tại Khoa Sản Bệnh viện Từ Dũ, nhóm nghiên cứu khảo sát được 554 thai phụ và thỏa các tiêu chuẩn chọn mẫu.

Tỷ lệ nữ VTN mang thai và đặc điểm chung của thai phụ

Trong tổng số 554 thai phụ tham gia nghiên cứu, ghi nhận 24 thai phụ VTN, chiếm tỷ lệ 4,3% (Hình 1).



Hình 1: Tỷ lệ nữ VTN mang thai (n=554)⁶

Đặc điểm của các thai phụ tham gia nghiên cứu

Đặc điểm của các thai phụ tham gia nghiên cứu được trình bày trong Bảng 1.

Mối liên quan giữa các yếu tố cá nhân và yếu tố gia đình với độ tuổi mang thai

Mối liên quan giữa các yếu tố cá nhân và yếu tố gia đình với độ tuổi mang thai (Bảng 2)

Sức khỏe của thai phụ và thai nhi trước và sau sinh

Sức khỏe của thai phụ và thai nhi trước và sau sinh được trình bày tại Bảng 3)

Đặc điểm kết cục thai kỳ

Đặc điểm kết cục thai kỳ được trình bày trong Bảng 4.

THẢO LUẬN

Tỷ lệ nữ VTN mang thai

Tỷ lệ thai phụ tuổi VTN trong nghiên cứu là 4,3%. Kết quả này cao hơn tỷ lệ mang thai VTN tại Việt Nam năm 2020 là 2,39%, không thay đổi nhiều so với năm 2021 là 4,4% và năm 2022 là 4,39%³. Tuy nhiên, tỷ lệ mang thai VTN ở Việt Nam trong nghiên cứu thấp hơn so với tỷ lệ chung trên toàn thế giới năm 2022 (13%)⁷. Ngoài ra, nghiên cứu ghi nhận độ tuổi thai phụ VTN trung bình là 16,9 ± 1,1 trong đó thai phụ có độ tuổi nhỏ nhất là 14 tuổi. Kết quả này thấp hơn độ tuổi trung bình của nữ VTN mang thai trong nghiên cứu của Nguyễn Thanh Hải (18±1)⁴. Sự khác biệt này là do đối tượng VTN của chúng tôi từ 10-18 tuổi, thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thanh Hải là 14-19 tuổi.

Đặc điểm thai kỳ ở nữ VTN

Nghiên cứu ghi nhận các yếu tố cá nhân làm tăng nguy cơ mang thai ở tuổi vị thành niên hơn nhóm tuổi hơn 18 tuổi gồm có mang thai ngoài ý muốn, sử dụng chất

Bảng 1: Các đặc điểm chung của thai phụ

	18 tuổi trở xuống n =24	Trên 18 tuổi n =530	Giá trị P Odd ratio (KTC 95%)
Tuổi trung bình	16,9 ± 1,1	29,3 ± 4,9	
Khu vực sống, n (%)			0,01^a
Thành thị	9 (37,5)	336 (63,4)	2,89 (1,23-6,72)
Nông thôn	15 (62,5)	194 (36,6)	
Tôn giáo, n (%)			0.061^b
Không	18 (75)	283 (53,4)	0,38 (0,15-0,98)
Có	6 (25)	247 (46,6)	
Dân tộc, n (%)			0,134 ^b
Kinh	22 (91,7)	517 (97,5)	0,38 (0,15-0,98)
Khác	2 (8,3)	13 (2,5)	
Trình độ học vấn, n (%)			<0,001^b
Không đi học	1(4,2)	8 (1,5)	0,26 (0,18-0,39)
Có đi học	23 (95,8)	522 (98,5)	
Nghề nghiệp, n (%)			0,452^a
Không	7 (29,2)	117 (22,1)	1,35 (1,13-1,61)
Có	17 (70,8)	413 (77,9)	
Thu nhập, n (%)			<0,001^b
Không thu nhập	5 (20,8)	89 (16,8)	1,21 (0,87-1,69)
Có thu nhập	19 (79,2)	441 (83,2)	

^a: Chi square test
^b: Fisher's exact test

kích thích, xem các nội dung liên quan tình dục và sức khỏe sinh sản không lành mạnh, sống ở khu vực nông thôn và không đi học hay trình độ học vấn thấp. Tỷ lệ thai phụ VTN mang thai ngoài ý muốn là 45,8%, cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm thai phụ >18 tuổi (OR = 7,36, khoảng tin cậy 95% 3,19-17,47, p<0,001). Số liệu này của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thanh Hải (tỷ lệ VTN mang thai không mong muốn chiếm 81,5%). Theo nghiên cứu của Võ Văn Thắng tại Đà Nẵng (2015) ghi nhận tỷ lệ phá thai ở nhóm tuổi VTN-thanh niên là 21,8%. Lý do có thể do xu hướng lựa chọn phá thai nhiều hơn trong những năm gần đây ở nữ VTN mang thai. Do đó, tỷ lệ mang thai ở tuổi VTN trong các nghiên cứu tại Bệnh viện có thể chưa phản ánh được thực trạng chung của nhóm thai kỳ này.

Điểm đặc biệt, nghiên cứu ghi nhận nhóm VTN có xem nội dung liên quan đến tình dục và sức khỏe sinh sản trên mạng xã hội có nguy cơ mang thai gấp 4,27 lần so với nhóm không tiếp xúc với các nội dung về

sức khỏe sinh sản (OR = 4,27, khoảng tin cậy 95% 1,44-12,65, p =0,005). Tương tự, tác giả John Yao Bedzo cũng cho thấy 56,12% hành vi tình dục của nữ VTN mang thai bị ảnh hưởng bởi hoạt động mạng xã hội (p<0,001)⁸. Điều này có thể giải thích bởi tình trạng bùng nổ công nghệ khiến mạng xã hội dễ dàng tiếp cận với mọi đối tượng, tuy nhiên việc kiểm soát các nội dung liên quan đến tình dục và SKSS còn nhiều hạn chế, và đối tượng VTN dễ dàng bị ảnh hưởng do tâm sinh lý trong giai đoạn này vẫn chưa phát triển hoàn toàn.

Bên cạnh đó, nghiên cứu cũng chỉ ra mối liên quan giữa tình trạng sử dụng chất kích thích và nữ VTN mang thai (p<0,001), trong đó tỷ lệ sử dụng rượu bia ở nữ VTN là 29,2% và thuốc lá là 16,7%. Ngoài ra, việc sử dụng chất kích thích cũng được báo cáo là có mối liên quan với kết cục thai kỳ ở nữ VTN như thai nhỏ so với tuổi thai, thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung.

Tỷ lệ thai phụ VTN sống tại khu vực nông thôn chiếm 62,5%, cao hơn nhóm sống tại khu vực thành thị

Bảng 2: Mối liên quan giữa các yếu tố cá nhân với độ tuổi mang thai

	18 tuổi trở xuống n =24	Trên 18 tuổi n =530	Giá trị P Odd ratio (KTC 95%)
Yếu tố cá nhân			
Tuổi lập gia đình	15,7 ± 2	25,5 ± 0,4	<0,001 ^c
Tuổi quan hệ tình dục đầu tiên	15,9 ± 0,42	24,4 ± 0,42	<0,001 ^c
Tình trạng hôn nhân, n (%)			0,413 ^a
Chưa kết hôn	7 (29,2)	11 (2,1)	
Sẽ kết hôn	5 (20,8)	7 (1,3)	
Đã kết hôn	12 (50)	512 (96,6)	
Thai kỳ này là mong muốn hay ngoài mong muốn, n (%)			<0,001 ^b
Không mong muốn	11 (45,8)	54 (10,2)	7,46 (3,19-17,47)
Mong muốn	13 (54,2)	476 (89,8)	
Sử dụng chất kích thích, n (%)			<0,001 ^b
Không	14 (58,3)	460 (86,8)	4,69 (2,01-10,98)
Có	10(41,7)	70 (13,2)	
Xem nội dung liên quan đến tình dục không lành mạnh trên mạng xã hội, n (%)			0,005 ^a
Không	4 (16,7)	244 (46,0)	4,27 (1,44-12,65)
Có	20 (83,3)	286 (54,0)	
Những người xung quanh có lập gia đình ở tuổi VTN, n (%)			0,002 ^a
Không	8 (33,3)	340 (64,2)	3,58 (1,50-8,52)
Có	16 (66,7)	190(35,8)	
Đồng tình với kết hôn ở tuổi VTN, n (%)			0,02 ^a
Không	7 (29,2)	326 (61,5)	3,88 (1,58-9,52)
Có	17 (70,8)	204 (38,5)	
Yếu tố gia đình			
Có sống cùng người thân, n (%)			0,002 ^b
Không	1 (4,2)	13 (2,5)	0,58 (0,07-4,61)
Có	23 (95,8)	517 (97,5)	
Có sự hỗ trợ và quan tâm từ gia đình, n (%)			<0,001 ^b
Không	6 (25,0)	21(4,0)	0,12 (0,05-0,34)
Có	18 (75,0)	509 (96,0)	
Trải qua những biến cố trong gia đình, n (%)			0,003 ^b
Không	13 (54,2)	432 (81,5)	3,73 (1,62-8,57)
Có	11 (45,8)	98 (18,5)	

^a: Chi Square test

^b: Fisher's exact test

^c: T-test

Bảng 3: Mối liên quan giữa vấn đề sức khỏe trước sinh liên quan tuổi mang thai

	18 tuổi trở xuống n = 24	Trên 18 tuổi n = 530	Giá trị P Odd ratio (KTC 95%)
Thời điểm khám thai lần đầu, n (%)			
Tam cá nguyệt 1	19 (79,2)	512 (96,6)	<0,001 ^b
Tam cá nguyệt 2	4 (16,7)	17 (3,2)	0,16 (0,11-0,63)
Tam cá nguyệt 3	1 (4,2)	1 (0,2)	0,04 (0,00-0,62)
Có làm các xét nghiệm trong thai kỳ, n (%)			
Không	2 (8,3)	4 (0,8)	0,024 ^a
Có	22 (91,7)	526 (99,2)	0,08 (0,02-0,48)
Các bất thường trong thai kỳ, n (%)			
Đọa sẩy thai	2 (8,3)	4 (0,8)	0,024 ^b 11,96 (2,08-68,80)
Thai nhỏ so với tuổi thai	7 (26,9)	19 (3,6)	<0,001 ^b 11,07 (4,11-29,87)
Chuyển dạ sinh non	9 (37,5)	22 (4,2)	<0,001 ^b 9,51 (3,58-25,29)

^a: Chi square test
^b: Fisher's exact test

Bảng 4: Đặc điểm kết cục thai kỳ

	18 tuổi trở xuống n =24	Trên 18 tuổi n =530
Phương pháp kết thúc thai kỳ, n (%)		
Sinh thường	23 (95,8)	472 (89,1)
Sinh mổ	0 (0,0)	40 (7,6)
Sinh có hỗ trợ dụng cụ	1 (4,2)	18 (3,3)
Biến chứng mẹ sau sinh		
Nhiễm trùng hậu sản	5 (20,8)	6 (1,1)
Băng huyết sau sinh	0 (0,0)	19 (3,6)
Cân nặng lúc sinh (g), n (%)		
<1500	0 (0,0)	2 (0,4)
≥1500 -2500	10 (41,7)	60 (11,3)
>2500-3500	14 (58,3)	414 (78,1)
Biến chứng con sau sinh, n (%)		
Sinh ngạt	0 (0,0)	1 (0,2)
Nhập đơn vị chăm sóc tích cực	4 (16,7)	24 (4,5)

($p=0,016$). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thanh Hải (76,1%). Điều này có thể được giải thích là do sự hạn chế về kinh tế và giáo dục ở khu vực nông thôn nên dẫn đến hậu quả là làm tăng tỷ lệ mang thai VTN ở những khu vực này. Thai phụ VTN trong nghiên cứu có tỷ lệ không đi học và trình độ học vấn thấp cao hơn nhóm trên 18 tuổi (1,5%) ($p<0,001$). Tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thanh Hải (2,2%)⁴. Tỷ lệ thai phụ VTN không có thu nhập (chiếm 20,8%) cao hơn so với nhóm trên 18 tuổi và có khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p<0,001$).

Nghiên cứu ghi nhận có hai yếu tố từ gia đình làm giảm nguy cơ mang thai VTN gồm sống cùng gia đình và có sự quan tâm hỗ trợ từ gia đình. Thai phụ VTN sống cùng gia đình (95,8%) có nguy cơ mang thai thấp hơn so với nhóm thai phụ VTN không sống cùng gia đình ($p=0,002$). Phần lớn thai phụ VTN đều đang sống cùng gia đình, chiếm 95,8% - nhóm này có nguy cơ mang thai thấp hơn so với nhóm thai phụ VTN không sống cùng gia đình ($p=0,002$). Đồng thời chúng tôi nhận thấy mặc dù tỷ lệ sống cùng gia đình khá cao, tuy nhiên tỷ lệ sản phụ VTN dễ dàng chia sẻ với người thân chỉ chiếm 16,7%, tỷ lệ bình thường chiếm 50%, và tỷ lệ khó chia sẻ lên đến 33,3%.

Tuy nhiên, các yếu tố khác từ gia đình và xã hội sẽ làm tăng nguy cơ mang thai ở tuổi vị thành niên. Nhóm nữ VTN trải qua những biến cố trong gia đình có nguy cơ mang thai gấp 3,73 lần so với nhóm nữ VTN không trải qua những biến cố gia đình ($OR = 3,73$, khoảng tin cậy 95% 1,62-8,57, $p=0,003$). Nghiên cứu của Huong Nguyen báo cáo có ghi nhận sự liên quan của bạo lực gia đình và mang thai tuổi VTN ở Việt Nam 2003 và 2008 ($p<0,001$)⁹. Bên cạnh đó, tác giả John Yao Bedzo cũng ghi nhận nhóm VTN có bố mẹ ly dị có nguy cơ mang thai cao hơn ($p<0,001$)⁸. Nhóm nữ VTN có người xung quanh lập gia đình sớm có xu hướng mang thai gấp 3,58 lần so với nhóm không có người xung quanh lập gia đình ở tuổi VTN ($OR = 3,58$, khoảng tin cậy 95% 1,50-8,52, $p=0,005$). Đồng thời, nhóm nữ VTN đồng tình với kết hôn tuổi VTN tăng khả năng mang thai lên gấp 3,88 lần so với nhóm nữ VTN không đồng tình kết hôn ở tuổi VTN. Sự khác biệt này có thể giải thích do việc tiếp xúc với những đối tượng lập gia đình sớm khiến nữ VTN bình thường hoá việc lập gia đình, kết hôn, mang thai và sinh con ở tuổi VTN, điều này dẫn đến việc nữ VTN có xu hướng dễ chấp nhận kết hôn ở tuổi VTN hơn.

Mối liên quan giữa vấn đề sức khỏe trước sinh liên quan tuổi mang thai

Tỷ lệ thai phụ VTN khám thai không đầy đủ lên đến 29,2%, trong đó tỷ lệ khám thai lần đầu trong ba tháng

đầu chiếm 79,2% thấp hơn so với nhóm thai phụ >18 tuổi là 96,6%. Điều này cho thấy việc quan tâm và quản lý thai kỳ ở nhóm VTN kém hơn so với nhóm thai phụ >18 tuổi. Tác giả Nguyễn Thanh Hải cũng chỉ ra rằng thời điểm khám thai lần đầu ở nhóm thai phụ tuổi VTN (11 ± 6 tuần) muộn hơn nhóm thai phụ từ 20-24 tuổi (9 ± 3 tuần). Bên cạnh đó tỷ lệ các thai phụ tuổi VTN có sàng lọc quý I thấp hơn so với nhóm thai phụ từ 20-24 tuổi⁴. Tỷ lệ khám thai không đầy đủ cao dẫn đến các xét nghiệm trong thai kỳ của thai phụ VTN cũng thấp hơn so với nhóm thai phụ trên 18 tuổi. Xét về mặt các xét nghiệm cơ bản cần làm của thai phụ theo từng giai đoạn thai kỳ, chúng tôi nhận thấy rằng trong 19 thai phụ VTN đi khám thai trong ba tháng đầu thai kỳ thì chỉ có 7 thai phụ làm Double test (29,2%) và 9 thai phụ làm chỉ làm siêu âm đo độ mờ da gáy nhưng không làm Double test (37,5%). Ở ba tháng giữa thai kỳ, ghi nhận 4 thai phụ VTN có đi khám thai thì chỉ 3 trường hợp thực hiện Triple test. Ngoài ra, chúng tôi ghi nhận tổng cộng 23 trường hợp thai phụ VTN có khám thai ở ba tháng đầu và ba tháng giữa thai kỳ; nhưng chỉ 12 thai phụ làm test tầm soát đái tháo đường thai kỳ, 14 trường hợp được làm siêu âm hình thái học và 6 trường hợp làm test GBS trong ba tháng giữa thai kỳ và ba tháng cuối thai kỳ. Qua đó, có thể nhận thấy rằng việc kiểm soát và quản lý thai kỳ của thai phụ VTN thiếu quan tâm và theo dõi chặt chẽ, có thể bị tác động bởi nhiều nhiều tố như khu vực sinh sống, tình trạng bỏ học sớm hoặc trình độ học vấn thấp. Đó là một rào cản dẫn đến khó tiếp cận được với dịch vụ y tế ở trung ương cũng như không được tiếp cận kiến thức về giáo dục giới tính và sức khỏe sinh sản, chính là yếu tố góp phần quản lý và kiểm soát thai kỳ kém hiệu quả ở đối tượng thai phụ VTN.

Một số vấn đề sức khỏe liên quan đến tình trạng mang thai VTN chúng tôi nhận thấy bao gồm: dọa sảy thai, thai nhỏ so với tuổi thai. Cụ thể, tỷ lệ dọa sảy thai ở nữ VTN chiếm 8,3% cao hơn so với nhóm thai phụ >18 tuổi là 0,8% ($p=0,024$). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu Nandini Gupta tiến hành trên 21.741 thai phụ tại Nam Glamorgan cho thấy tỷ lệ thai phụ VTN dọa sảy thai là 7,9%¹⁰. Nhóm thai phụ VTN có thai nhỏ trong nghiên cứu chúng tôi chiếm 26,9% ($p<0,001$). Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Alon Shrim, với tỷ lệ thai nhỏ ở nhóm thai phụ VTN chiếm 13% ($p<0,001$)¹¹. Điều này có thể giải thích dựa vào tình trạng dinh dưỡng của mẹ trong suốt thai kỳ, đặc biệt là tỷ lệ mẹ tăng cân không đủ khuyến nghị trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 37,5%.

Tỷ lệ sinh non chiếm 29,17% cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm thai phụ >18 tuổi là 4,2% ($p<0,001$). Tác giả Nguyễn Thanh Hải cũng ghi nhận

tỷ lệ sinh non của nhóm VTN (13%) cao gấp đôi so với nhóm thai phụ >18 tuổi (6,4%). Ngoài ra, chúng tôi còn nhận thấy tỷ lệ sinh con nhẹ cân ở thai phụ VTN chiếm 41,7% ($p=0,001$), tương tự nghiên cứu của Nuriye Asli Melekoğlu (2022) cũng ghi nhận mối liên quan giữa mang thai VTN và sinh con nhẹ cân ($p=0,006$)⁵.

Đặc điểm kết cục thai kỳ

Tỷ lệ thai phụ VTN sinh thường, sinh mổ và sinh giúp khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Tỷ lệ thai VTN mắc các biến chứng sau sinh bao gồm nhiễm trùng hậu sản, băng huyết sau sinh, tử vong khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. So sánh tỷ lệ nhiễm trùng hậu sản giữa hai nhóm, tỷ lệ biến chứng nhiễm trùng hậu sản trong nhóm VTN chiếm 20,8% cao gấp 19 lần tỷ lệ nhiễm trùng hậu sản trong nhóm thai phụ >18 tuổi là 1,1%.

Tỷ lệ thai phụ VTN có con sinh ra nhẹ cân chiếm 41,7% cao hơn nhóm thai phụ >18 tuổi (11,3%) có ý nghĩa thống kê ($p = 0,001$). Tỷ lệ thai phụ VTN có con bị sinh ngạt khác biệt không ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Tỷ lệ thai phụ VTN có con sinh ra phải nhập NICU chiếm 16,7% cao hơn nhóm thai phụ > 18 tuổi (4,5%) có ý nghĩa thống kê ($p = 0,028$). Bên cạnh đó, nghiên cứu không tìm thấy mối tương quan giữa các biến chứng chấn thương, sinh ngạt, tử vong sơ sinh và độ tuổi của mẹ ($p > 0,05$). Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ tử vong sơ sinh không có sự khác biệt giữa nhóm nghiên cứu và nhóm thai phụ từ 20 - 24 tuổi.

KẾT LUẬN

Tỷ lệ nữ VTN mang thai trong nghiên cứu vẫn chiếm tỷ lệ 4,3%, không thay đổi với các số liệu được báo cáo trong 2 năm trước. Nghiên cứu ghi nhận các yếu tố nguy cơ nổi bật đến mang thai VTN bao gồm: thai mang ngoài ý muốn, sử dụng chất kích thích, xem nội dung liên quan đến tình dục không lành mạnh, trải qua biến cố trong gia đình... Các yếu tố bảo vệ có thể làm giảm tỷ lệ mang thai VTN gồm sống cùng gia đình và có sự hỗ trợ từ người thân và gia đình. Từ các yếu tố nguy cơ và yếu tố bảo vệ trong nghiên cứu, để làm giảm tỷ lệ mang thai VTN cần có sự phối hợp của gia đình, nhà trường và xã hội. Dựa vào số liệu của nghiên cứu, các hoạt động truyền thông, giáo dục hoặc lĩnh vực y tế vị thành niên sẽ có chính sách hỗ trợ và quan tâm tốt hơn các nhóm đối tượng nguy cơ. Bên cạnh đó, nhà trường và xã hội cần có những biện pháp trong cộng đồng để nâng cao nhận thức của cá nhân về vấn đề giáo dục giới tính và sức khỏe sinh sản, gián tiếp góp phần giảm tỷ lệ mang thai VTN cũng như các vấn đề sức khỏe liên quan.

LỜI CẢM ƠN

Nhóm nghiên cứu chân thành cảm ơn các thai phụ và gia đình đã tham gia nghiên cứu, Ban chủ nhiệm trường Đại học Khoa học sức khỏe và quý thầy cô bộ môn Sản phụ khoa, cảm ơn sự hỗ trợ của Ban Giám Đốc, nhân viên y tế của Bệnh viện Từ Dũ đã tạo điều kiện thuận lợi để nghiên cứu hoàn thành thuận lợi.

ĐỒNG Ý CHO VIỆC CÔNG BỐ

Văn bản đồng ý cho báo cáo các trường hợp này đã được bệnh viện Từ Dũ và thai phụ thông qua.

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

BYT: Bộ Y tế

VTN: Vị thành niên

XUNG ĐỘT LỢI ÍCH

Nhóm nghiên cứu cam kết không mâu thuẫn quyền lợi và nghĩa vụ của các thành viên trong nhóm tác giả.

ĐÓNG GÓP CỦA CÁC TÁC GIẢ

Trương Thị Thuỳ Dương: lên ý tưởng nghiên cứu, thực hiện nghiên cứu và chỉnh sửa bản thảo.

Trần Vi Linh, Nguyễn Tấn Tùng: thực hiện nghiên cứu và viết bản thảo.

Tất cả tác giả đã đọc và duyệt bản thảo cuối cùng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quốc hội, Luật Trẻ em số 102/2016/QH13. 2016;.
2. Quốc hội, Luật thanh niên số 53/2005/QH11. 2013;.
3. Vụ Sức khỏe bà mẹ trẻ em và kế hoạch hóa gia đình. Bộ Y tế, Chương trình sức khỏe sinh sản, Hà Nội. 2020;p. 51.
4. Hải NT, et al. Mang thai ở tuổi vị thành niên: Đặc điểm và kết quả thai kỳ. Tạp chí Phụ sản. 2020;18:27–33. Available from: <https://doi.org/10.46755/vjog.2020.3.1111>.
5. Saraç U. Evaluation of the effect of maternal adolescent age on neonatal outcomes. Cumhuriyet Medical Journal. 2022;44(2):192–197.
6. Khôi TLM, Linh TV, Tùng NT, Giao NPQ, Nhi LTH, Dương TTT. Tỷ lệ và các yếu tố liên quan đến nữ vị thành niên mang thai đến sinh tại Khoa Sản Bệnh viện Từ Dũ. Khóa luận tốt nghiệp Y khoa. Trường Đại học Khoa học Sức khỏe, ĐHQG-HCM; 2024.
7. Vietnam: Adolescent fertility rate. Statista. April 8 Published by Statista Research Department, 2024. Accessed April 18, 2024. 2024;.
8. Bedzo JY, Manortey S. Factors Influencing Teenage Pregnancy in the Lower Manya Krobo Municipality in the Eastern Region of Ghana: A Cross-Sectional Study. Open Access Library Journal. 2019;6(12):1–17.
9. Nguyen H, Shiu C, Farber N. Prevalence and Factors Associated with Teen Pregnancy in Vietnam: Results from Two National Surveys. Societies. 2016;6(2):17–17.
10. Gupta NKU, Bhal K. Teenage pregnancies: obstetric characteristics and outcome. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2008;137(2):165–71.
11. Shrim AAS, Mallozzi A, et al. Is Young Maternal Age Really a Risk Factor for Adverse Pregnancy Outcome in a Canadian Tertiary Referral Hospital. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology. 2011;24(4):218–222. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpog.2011.02.008>.

Prevalence of adolescent pregnancy giving birth at Delivery Department - Tu Du Hospital and associated factors

Linh Tran Vi, Tung Nguyen Tan, Duong Truong Thi Thuy*



Use your smartphone to scan this QR code and download this article

ABSTRACT

Background: The rate of adolescent pregnancy has been on the rise in recent years, leading to adverse pregnancy outcomes for the mother and the fetus.

Objective: Determine the rate and factors associated with pregnant adolescents giving birth at Delivery Department - Tu Du Hospital.

Materials and methods: A cross-sectional study on 554 pregnant women giving birth at Tu Du Hospital Delivery Department from August 2023 to February 2024.

Results: The pregnancy rate among adolescent girls is 4.3%, with an average age of 16.9 ± 1.1 years. Factors associated with adolescent pregnancy include living in rural areas, not attending school, having no income, substance abuse, exposure to unhealthy sexual content, not living with relatives, lack of family support and concern, and family conflicts. Factors that can reduce the rate of unintended pregnancies of adolescent girls include living with family and having support from relatives and family. Adolescent pregnancy lead to adverse outcomes for both the mother and baby, such as small gestational age, preterm birth, and low birth weight.

Conclusion: The rate of adolescent pregnancy remains high, linked to factors originating from family and social issues. To achieve effective reduction, there needs to be coordinated care and support from family, school and society.

Key words: Adolescent pregnancy, adverse pregnancy outcomes, Tu Du Hospital.

University of Health Sciences,
VNUHCM, Vietnam

Correspondence

Duong Truong Thi Thuy, University of Health Sciences, VNUHCM, Vietnam

Email: ttduong@uhsvnu.edu.vn

History

- Received: 03-12-2024
- Revised: 22-4-2025
- Accepted: 24-4-2025
- Published Online: 30-6-2025

DOI :

<https://doi.org/10.32508/stdjhs.v6i1.607>



Copyright

© VNUHCM Press. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International license.



Cite this article : Vi L T, Nguyen Tan T, Truong Thi Thuy D. **Prevalence of adolescent pregnancy giving birth at Delivery Department - Tu Du Hospital and associated factors** . *Sci. Tech. Dev. J. - Health Sci.* 2025; 6(1):711-718.