

NHỆ CÂN SƠ SINH Ở THAI PHỤ TIỀN SẢN GIẬT VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI NGHỆ AN

Phạm Hoàng Khuê✉, Nguyễn Thị Hà Phương, Nguyễn Gia Khiêm

Trường Đại học Y khoa Vinh

Nghiên cứu được thiết kế hồi cứu, mô tả cắt ngang nhằm xác định tỷ lệ nhẹ cân sơ sinh và nhận xét một số yếu tố liên quan đến nhẹ cân sơ sinh ở thai phụ tiền sản giật. Nghiên cứu tiến hành tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An từ tháng 01 đến tháng 12/2024. Đối tượng nghiên cứu gồm 87 thai phụ tiền sản giật và trẻ sơ sinh là con của các thai phụ này. Kết quả cho thấy, nhẹ cân sơ sinh chiếm tỷ lệ 66,7% với cân nặng trung bình của trẻ sơ sinh là $2139,08 \pm 833,647g$. Một số yếu tố liên quan trực tiếp đến nhẹ cân sơ sinh ở thai phụ tiền sản giật bao gồm: chấm dứt thai kỳ trước 37 tuần, mức độ tiền sản giật nặng, tăng huyết áp độ 2 - 3 và bằng chứng thai chậm phát triển trên siêu âm ($p < 0,05$). Kết quả nghiên cứu nhấn mạnh tầm quan trọng của việc theo dõi sát tuổi thai, đánh giá mức độ nặng của tiền sản giật, kiểm soát huyết áp và tầm soát thai chậm phát triển để giảm nguy cơ nhẹ cân sơ sinh ở thai phụ tiền sản giật.

Từ khóa: Nhẹ cân sơ sinh, trẻ sơ sinh, tiền sản giật.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cân nặng sơ sinh là chỉ số quan trọng phản ánh tình trạng sức khỏe và sự phát triển của thai nhi, đồng thời dự báo nguy cơ tử vong và bệnh tật ở trẻ nhỏ. Nhẹ cân sơ sinh (cân nặng khi sinh $< 2500g$) thường phải đối mặt với nhiều biến chứng như suy hô hấp, hạ thân nhiệt, nhiễm khuẩn, chậm phát triển thể chất và trí tuệ. Theo báo cáo năm 2015 của Quỹ Nhi Đồng Liên Hiệp Quốc (UNICEF) và Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), có hơn 20 triệu trẻ sinh ra nhẹ cân, tương đương với khoảng 1 trên 7 trẻ sơ sinh trên thế giới bị nhẹ cân. WHO đặt mục tiêu đến năm 2025: giảm 30% số trẻ sơ sinh có cân nặng dưới 2500g, tương đương giảm từ khoảng 20 triệu xuống còn khoảng 14 triệu trẻ sơ sinh có cân nặng khi sinh thấp.¹ Tại Việt Nam, theo Tổng cục Thống kê năm 2015 cả

nước có 94,3% trẻ được cân khi sinh, trong đó 5,7% là nhẹ cân sơ sinh, điều này đặt ra thách thức trong công tác chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em.²

Tiền sản giật (TSG) là tình trạng bệnh lý toàn thân phức tạp, tiềm ẩn nhiều nguy cơ rủi ro cho sức khỏe của mẹ và thai nhi, chiếm tỷ lệ 2 - 10% trong toàn bộ thai kỳ. Trên phạm vi toàn cầu, TSG gây biến chứng lên tới khoảng 10% các thai kỳ. Tại Việt Nam, tỷ lệ TSG nằm trong khoảng từ 2,8 - 5,5%.³ Một khảo sát đa quốc gia tại ba khu vực, trên 373 cơ sở y tế cho thấy TSG là yếu tố nguy cơ của trẻ nhẹ cân khi sinh,⁴ nghiên cứu của Yingying Liu xác định sản phụ tiền sản giật có nguy cơ sinh con nhẹ cân cao hơn gấp 2,9 lần.⁵ Nghiên cứu của Lina Sigei cho thấy tỷ lệ trẻ sơ sinh nhẹ cân sinh ra từ mẹ bị tiền sản giật là 49,5%, tác giả Nguyễn Thị Thu Phương cũng ghi nhận tỷ lệ đáng kể là 67,5%.^{6,7}

Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An là bệnh viện chuyên khoa tuyến cuối của tỉnh Nghệ An và khu

Tác giả liên hệ: Phạm Hoàng Khuê

Trường Đại học Y khoa Vinh

Email: khuehoangpham@gmail.com

Ngày nhận: 01/10/2025

Ngày được chấp nhận: 04/12/2025

vực lân cận, thường xuyên tiếp nhận các trường hợp thai phụ mắc TSG tới khám, quản lý thai nghén và kết thúc thai kỳ. Tuy nhiên, tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An, chưa có nghiên cứu nào về tỷ lệ trẻ nhẹ cân ở thai phụ tiền sản giật cũng như các yếu tố liên quan. Vậy tỷ lệ nhẹ cân sơ sinh ở thai phụ TSG tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An trong năm 2024 là bao nhiêu? Các yếu tố nào liên quan đến nhẹ cân sơ sinh ở thai phụ TSG? Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu **“Nhẹ cân sơ sinh ở thai phụ tiền sản giật và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An”** với mục tiêu: Xác định tỷ lệ nhẹ cân sơ sinh và nhận xét một số yếu tố liên quan đến nhẹ cân sơ sinh ở thai phụ tiền sản giật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Thai phụ được chẩn đoán tiền sản giật, điều trị và kết thúc thai kỳ tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An từ tháng 1/1/2024 đến tháng 31/12/2024 và trẻ sơ sinh là con của những thai phụ trên.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Thai phụ đơn thai; Có tuổi thai ≥ 28 tuần.
- Trẻ sơ sinh là con của các thai phụ tiền sản giật.

Tiêu chuẩn loại trừ

Hồ sơ không rõ ràng, không đầy đủ thông tin về mẹ và tình trạng sơ sinh; chuyển tuyến.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu theo phương pháp mô tả, thiết kế cắt ngang.

Cỡ mẫu

Lấy mẫu toàn bộ, năm 2024 có 87 hồ sơ bệnh án đủ tiêu chuẩn lựa chọn được đưa vào nghiên cứu.

Phương pháp và công cụ thu thập thông tin

Phòng Kế hoạch tổng hợp Bệnh viện Sản

Nhi Nghệ An cung cấp hồ sơ bệnh án của thai phụ tiền sản giật từ ngày 1/1/2024 đến ngày 31/12/2024. Dựa vào tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ chọn được đối tượng nghiên cứu. Thu thập thông tin bằng bệnh án nghiên cứu với 2 nội dung:

- Thông tin về thai phụ: Tuổi, nơi sinh sống, nghề nghiệp, tiền sử sản khoa, huyết áp, phân loại TSG, tuổi thai kết thúc thai kỳ.
- Thông tin về sơ sinh sau đẻ: giới tính, cân nặng.

Tiêu chuẩn đánh giá

Tuổi thai kết thúc thai kỳ: Tính từ ngày đầu tiên của kỳ kinh cuối cùng đến ngày thai ra khỏi tử cung. Phân thành 2 nhóm < 37 tuần và ≥ 37 tuần.

Cân nặng lúc sinh: trẻ sơ sinh được cân trong giờ đầu ngay sau khi sinh, trước khi sụt cân sinh lý xảy ra. Nhẹ cân sơ sinh lấy theo tiêu chuẩn của WHO: nhẹ cân (dưới 2500g), bình thường (từ 2500g trở lên), bất kể tuổi thai.⁸

Mức độ nặng của TSG: chia thành 2 nhóm TSG không có dấu hiệu nặng và TSG có dấu hiệu nặng theo Hiệp hội Sản phụ khoa Hoa Kỳ (ACOG) năm 2013.⁹

Thai chậm phát triển: xác định dựa trên chẩn đoán của siêu âm được ghi trong hồ sơ bệnh án.

Tăng huyết áp: chia thành độ I, độ II, độ III theo Hội tim mạch học Việt Nam (VSH/VNHA) 2022.¹⁰

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua hội đồng khoa học trường Đại học Y khoa Vinh (Quyết định số 1483/QĐ-ĐHYKV ngày 30 tháng 10 năm 2024), quá trình thu thập số liệu phục vụ nghiên cứu được sự đồng ý của Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An. Tất cả các thông tin về đối tượng nghiên cứu đều được giữ bí mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm kết thúc thai kỳ

Bảng 1. Đặc điểm kết thúc thai kỳ

	Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Phân loại mức độ TSG	Chưa có dấu hiệu nặng	26	29,9
	Có dấu hiệu nặng	61	70,1
Tuổi thai kết thúc thai kỳ	28 - <35 tuần	27	31,1
	35 - 37 tuần	29	33,3
	≥ 37 tuần	31	35,6
Giới tính trẻ	Nam	44	50,6
	Nữ	43	49,4

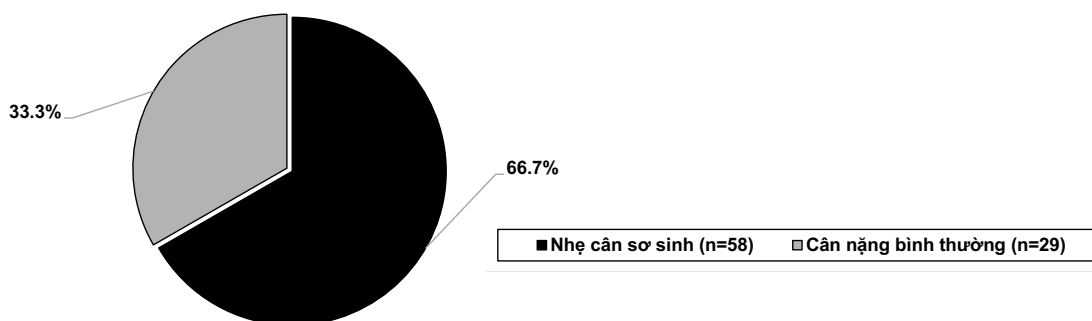
Nhận xét: Tỷ lệ TSG có dấu hiệu nặng là 70,1%. Tuổi thai kết thúc thai kỳ phân bố khá tương đồng giữa các nhóm. Về giới tính sơ sinh, tỷ lệ nam và nữ gần như tương đương nhau với tỷ lệ lần lượt là 50,6% và 49,4%.

2. Tỷ lệ nhẹ cân sơ sinh

Bảng 2. Đặc điểm cân nặng của trẻ sơ sinh

Chỉ số	Cân nặng sơ sinh (g)
Cân nặng trung bình ($\bar{X}$)	2139,08
Trung vị (M)	2100
Độ lệch chuẩn (SD)	833,647
Giá trị nhỏ nhất (Min)	600
Giá trị lớn nhất (Max)	4100

Nhận xét: Cân nặng trung bình trẻ sơ sinh là $2139,08 \pm 833,647$ g. Trẻ nặng nhất là 4100g, nhẹ nhất là 600g.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ trẻ sơ sinh nhẹ cân

Nhận xét: Qua khảo sát 87 trẻ sơ sinh được sinh ra từ những bà mẹ mắc TSG, nhẹ cân sơ sinh chiếm tỷ lệ 66,7%.

3. Một số yếu tố liên quan đến nhẹ cân sơ sinh ở thai phụ tiền sản giật

Bảng 3. Một số yếu tố liên quan đến nhẹ cân sơ sinh ở thai phụ tiền sản giật

Yếu tố		Nhẹ cân sơ sinh		OR (95%CI)	p
		Có n (%)	Không n (%)		
Khu vực sống	Nông thôn	48 (73,8)	17 (26,2)	3,39 (1,24 - 9,26)	0,015*
	Thành thị	10 (45,5)	12 (54,5)		
Nghề nghiệp	Khác	54 (71,1)	22 (28,9)	4,30 (1,14 - 16,16)	0,037**
	Công chức/viên chức	4 (36,4)	7 (63,6)		
Số lần sinh	Con so	20 (54,1)	17 (45,9)	2,69 (1,08 - 6,73)	0,032*
	Con rạ	38 (76,0)	12 (24,0)		
Tuổi thai kết thúc thai kỳ	< 37 tuần	50 (89,3)	6 (10,7)	23,96 (7,45 - 77,04)	< 0,001*
	≥ 37 tuần	8 (25,8)	23 (74,2)		
Mức độ TSG	Có dấu hiệu nặng	46 (75,4)	15 (24,6)	3,58 (1,36 - 9,41)	0,008*
	Chưa có dấu hiệu nặng	12 (46,2)	14 (53,8)		
Tăng huyết áp	Độ 2, 3	49 (72,1)	19 (27,9)	2,87 (1,01 - 8,15)	0,044*
	Độ 1	9 (47,4)	10 (52,6)		
Thai chậm phát triển	Có	29(100,0)	-	-	< 0,001*
	Không	29 (50,0)	29 (50,0)		

*Chi - Square test, **Fisher's exact test

Nhận xét: Có mối liên quan giữa tình trạng nhẹ cân sơ sinh và thai phụ TSG sống ở khu vực nông thôn; nghề nghiệp khác công chức/viên chức; sinh con so; chấm dứt thai kỳ trước 37 tuần, tiền sản giật có dấu hiệu nặng, tăng huyết áp độ 2, 3; thai chậm phát triển trên siêu âm ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ thai phụ TSG có dấu hiệu nặng cao (70,1%), khi so sánh với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thu Phương (2023), kết quả này là tương đồng.⁷ Điều này phản ánh thực trạng về gánh nặng của TSG có dấu hiệu nặng trong cộng đồng nghiên

cứu. Từ đó, đề ra thái độ cấp bách trong xử trí, phát hiện và điều trị sớm TSG để hạn chế các biến chứng. Về tuổi kết thúc thai kỳ, thấp hơn đáng kể so với tác giả Phoneyadeth Sipaseuth tại Bệnh viện Từ Dũ.¹¹ Điều này có thể được lý giải do sự chênh lệch về tỷ lệ thai phụ TSG có dấu hiệu nặng, khi nghiên cứu của chúng tôi cao hơn, dẫn đến tăng khả năng chấm dứt thai kỳ khi tuổi thai còn non tháng. Tỷ lệ giới tính sơ sinh trong nghiên cứu của chúng tôi tương đối cân bằng (nam 50,6% và nữ 49,4%), phù hợp với tỷ lệ giới tính sinh học tự nhiên theo ghi nhận trong thống kê toàn cầu của Tổ chức Y tế Thế giới.

Cân nặng trung bình trẻ sơ sinh trong nghiên cứu là $2139,08 \pm 833,647\text{g}$. Thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thu Liễu tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương (2021): $3102 \pm 457\text{g}$.¹² Điều này là phù hợp khi tiền sản giật là bệnh lý liên quan đến sự giảm tuần hoàn tử cung - rau, dẫn đến những trẻ sơ sinh trong thai kỳ TSG thường nhẹ cân so với thai kỳ bình thường. Trong tổng số 87 trẻ được sinh ra từ những bà mẹ mắc TSG, nhẹ cân sơ sinh chiếm tỷ lệ 66,7%. Kết quả này có thể được giải thích do nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ thai phụ mắc TSG có dấu hiệu nặng cao (70,1%), dẫn đến phải chấm dứt thai kỳ sớm, khi tuổi thai còn non tháng. Tác giả Nguyễn Thị Thu Phương (2023) cũng ghi nhận: tỷ lệ nhẹ cân sơ sinh ở thai phụ TSG là 67,5%.⁷ Như vậy, TSG đã gây tác động xấu đến tình trạng sức khỏe thai nhi và biểu hiện rất rõ ở cân nặng sơ sinh.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, có mối liên quan giữa khu vực sống của thai phụ TSG và tình trạng nhẹ cân sơ sinh ($p = 0,015$). Tương đồng với nghiên cứu của Vahid Mehrnouch: nguy cơ sinh con nhẹ cân của những bà mẹ sống ở khu vực nông thôn cao gấp 1,89 lần ($p = 0,046$).¹³ Điều này có thể xuất phát từ những sự khác biệt về điều kiện kinh tế - xã hội và khả năng tiếp cận dịch vụ y tế, dẫn đến việc chăm sóc trước sinh và quản lý thai phụ TSG ở khu vực nông thôn còn gặp nhiều khó khăn. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nghề nghiệp và khả năng sinh con nhẹ cân ở thai phụ TSG. Công việc cũng như thu nhập trong khối công chức/viên chức thường mang tính ổn định. Ngược lại, nhóm nghề nghiệp còn lại có thể đối mặt với thu nhập bấp bênh, khả năng tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe bị hạn chế do vấn đề về tài chính. Tuy nhiên, chỉ nên xem 2 yếu tố này bối cảnh, không phải yếu tố trực tiếp gây nên nhẹ cân sơ sinh mà chủ yếu phản ánh sự khác biệt về điều kiện kinh tế - xã hội và mức độ tiếp cận dịch vụ y tế.

Thai phụ sinh con so có khả năng sinh con nhẹ cân cao gấp 2,69 lần ($p = 0,032$). Biểu đồ cân nặng khi sinh của dân số Tây Ban Nha (giai đoạn 2010 - 2014) đã chứng minh rằng: trẻ sơ sinh từ những bà mẹ sinh con so có cân nặng thấp hơn đáng kể so với những bà mẹ đã sinh nhiều con.¹⁴ Nguyên nhân có thể do ở những thai kỳ đầu, sự thích nghi của hệ thống mạch máu tử cung chưa hoàn thiện dẫn đến tình trạng tưới máu rau thai kém hơn so với những lần mang thai sau. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tuổi thai non tháng (< 37 tuần) là yếu tố liên quan trực tiếp đến tình trạng nhẹ cân sơ sinh ($p < 0,001$). Chấm dứt thai kỳ trước 37 tuần khiến cho trẻ thiếu thời gian tích lũy mô mỡ, canxi hóa xương và hoàn thiện cơ quan dẫn đến cân nặng khi sinh thấp.

Thai phụ TSG có dấu hiệu nặng có khả năng sinh con nhẹ cân cao gấp 3,58 lần thai phụ TSG chưa có dấu hiệu nặng ($p = 0,008$). Trong TSG, sự xâm nhập của nguyên bào nuôi vào động mạch xoắn bị giới hạn, chỉ xảy ra ở phần nông là lớp màng rụng. Các tiểu động mạch xoắn vùng tiếp nối với cơ tử cung giảm, gây tưới máu hạn chế dẫn đến thiếu oxy và dinh dưỡng cho thai nhi. Những tác động này đặc biệt rõ rệt ở những trường hợp TSG có dấu hiệu nặng, khi tổn thương nội mô và rối loạn huyết động trở nên trầm trọng hơn. Nghiên cứu của tác giả Emi Ferawati (2023) cho thấy: thai phụ TSG nặng có nguy cơ sinh con nhẹ cân cao gấp 29 lần.¹⁵ Có thể thấy, mức độ nặng của TSG ảnh hưởng đến cân nặng trẻ sơ sinh và kết quả của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu khác. Tăng huyết áp độ 2, 3 là yếu tố làm tăng khả năng sinh con nhẹ cân ở thai phụ mắc TSG. Rối loạn tăng huyết áp trong TSG dẫn đến suy tuần hoàn tử cung - rau và hậu quả là thiếu oxy dẫn tới thai chậm phát triển trong tử cung, từ đó ảnh hưởng đến cân nặng khi sinh của trẻ. Như vậy, việc kiểm soát huyết áp chặt chẽ ở những thai phụ mắc TSG, đặc biệt

là những trường hợp tăng huyết áp độ 2, 3 có ý nghĩa quan trọng trong việc giảm nguy cơ sinh con nhẹ cân. Có mối liên quan giữa thai chậm phát triển trên siêu âm và nhẹ cân sơ sinh ($p < 0,001$), tương đồng với kết quả nghiên cứu của Sipaseuth Phoneyadeth.¹¹ Siêu âm là một phương pháp sàng lọc nhanh chóng, ít xâm lấn và thuận tiện. Do đó, cần tầm soát định kỳ cho thai phụ, đặc biệt là ở những thai phụ TSG sinh con so; chấm dứt thai kỳ trước 37 tuần; tiền sản giật có dấu hiệu nặng; tăng huyết áp độ 2, 3 để phòng ngừa nguy cơ nhẹ cân sơ sinh.

Nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế: số lượng cỡ mẫu nhỏ và thời gian nghiên cứu ngắn. Bên cạnh đó, chúng tôi sử dụng tiêu chuẩn đánh giá nhẹ cân sơ sinh theo WHO nên việc đánh giá cân nặng của trẻ so với tuổi thai còn hạn chế.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ nhẹ cân sơ sinh ở thai phụ TSG tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An là 66,7%. Một số yếu tố liên quan trực tiếp đến nhẹ cân sơ sinh ở thai phụ TSG bao gồm: chấm dứt thai kỳ trước 37 tuần, mức độ TSG nặng, tăng huyết áp độ 2 - 3 và bằng chứng thai chậm phát triển trên siêu âm ($p < 0,05$). Kết quả nghiên cứu nhấn mạnh tầm quan trọng của việc theo dõi sát tuổi thai, đánh giá mức độ nặng của TSG, kiểm soát huyết áp và tầm soát thai chậm phát triển để giảm nguy cơ nhẹ cân sơ sinh ở thai phụ TSG.

LỜI CẢM ƠN

Nhóm tác giả xin chân thành cảm ơn Trường Đại học Y khoa Vinh, Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An đã giúp đỡ và tạo điều kiện thuận lợi cho chúng tôi trong suốt quá trình thực hiện đề tài. Ngoài ra, nghiên cứu không có bất kỳ xung đột về lợi ích nào.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO. *Global Nutrition Targets 2025: Low*

Birth Weight Policy Brief. 2014. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241507509>.

2. Tổng cục thống kê Việt Nam. Điều tra đánh giá các mục tiêu trẻ em và phụ nữ Việt Nam 2014. 2014.

3. Bộ Y tế. *Hướng dẫn sàng lọc và điều trị dự phòng tiền sản giật (Ban hành theo Quyết định số 1911/QĐ-BYT ngày 19 tháng 4 năm 2021)*.

4. Ver Luanni Bilano, Erika Ota, Togoobaatar Ganchimeg, et al. Risk factors of pre-eclampsia/eclampsia and its adverse outcomes in low- and middle-income countries: a WHO secondary analysis. *PloS one*. 2014; 9(3): e91198. doi:10.1371/journal.pone.0091198.

5. Yingying Liu, Nan Li, Hang An et al. Impact of gestational hypertension and preeclampsia on low birthweight and small-for-gestational-age infants in China: A large prospective cohort study. *Journal of clinical hypertension (Greenwich, Conn)*. Apr 2021; 23(4): 835-842. doi:10.1111/jch.14176.

6. Lina Sigei, Emily Muthoni Nyaga, Benson Milimo et al. Prevalence and immediate outcomes of low birth weight neonates born of pre-eclamptic women at Moi Teaching and Referral Hospital, Kenya. *The Pan African medical journal*. 2023; 44: 31. doi:10.11604/pamj.2023.44.31.37975.

7. Nguyễn Thị Thu Phương, Nguyễn Tăng Diệu Tú, Nguyễn Thị Thùy Linh, và cs. Nhận xét kết quả xử trí sản khoa tiền sản giật tại Bệnh viện Bạch Mai. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 10/15 2024; 182(9): 118-126. doi:10.52852/tcnchy.v182i9.2667.

8. World Health Organization. Low birth weight. Accessed October 31, 2025. <https://www.who.int/data/nutrition/nlis/info/low-birth-weight>.

9. American College of Obstetrics and Gynecology. Hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and

Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. *Obstetrics and gynecology*. Nov 2013; 122(5): 1122-1131. doi:10.1097/01.Aog.0000437382.03963.88.

10. Hội tim mạch học Việt Nam. *Khuyến cáo về Chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp 2022*. 2022:7.

11. Phoneyadeth Sipaseuth, Võ Minh Tuấn, Trần Thị Nhật Vy, và cs. Nghiên cứu đặc điểm cân nặng sau sinh của trẻ có mẹ bị tiền sản giật tại Bệnh viện Từ Dũ. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 09/23 2022; 518(1). doi:10.51298/vmj.v518i1.3381.

12. Nguyễn Thị Thu Liễu, Lê Thị Hương, Trần Danh Cường. 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*. 07/17

2022; 516(1). doi:10.51298/vmj.v516i1.3001.

13. Vahid Mehrnoush, Amene Ranjbar, Farzaneh Banihashemi, et al. Urban-rural differences in the pregnancy-related adverse outcome. *Gynecology and Obstetrics Clinical Medicine*. 2023/03/01/ 2023; 3(1): 51-55. doi:https://doi.org/10.1016/j.gocm.2022.12.001.

14. José Manuel Terán, Carlos Varea, Cristina Bernis, et al. New birthweight charts according to parity and type of delivery for the Spanish population. *Gaceta sanitaria*. Mar-Apr 2017; 31(2): 116-122. doi:10.1016/j.gaceta.2016.09.016.

15. Emi Ferawati, Kadar Kuswandi, Nela Karmila. Impact of severe preeclampsia on the incidence of low-birth-weight babies. 2023; 55(4): 227-231.

Summary

LOW BIRTH WEIGHT AMONG PREGNANT WOMEN WITH PREECLAMPSIA AND SOME ASSOCIATED FACTORS AT NGHE AN OBSTETRICS AND PEDIATRICS HOSPITAL

This retrospective cross-sectional study aimed to determine the prevalence of low birth weight and identify associated factors among preeclamptic pregnant women. The study was conducted at Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital from January to December 2024. A total of 87 women diagnosed with preeclampsia and their newborns were included. The findings showed that low birth weight accounted for 66.7%, with a mean neonatal birth weight of 2139.08 ± 833.647 g. Several factors directly associated with low birth weight among preeclamptic mothers included preterm delivery before 37 weeks, severe preeclampsia, grade 2 - 3 hypertension, and ultrasound-confirmed fetal growth restriction ($p < 0.05$). The results highlight the importance of close gestational age monitoring, assessment of preeclampsia severity, blood pressure control, and screening for fetal growth restriction to reduce the risk of low birth weight in preeclamptic women.

Keywords: Low birth weight, newborn, preeclampsia.