

Hội nghị Sản Phụ khoa
Việt - Pháp - Châu Á - Thái Bình Dương

Lần thứ 17

TP. HCM, ngày 18 & 19/5/2017

ISRAEL NISAND

Giáo sư

Chủ tịch Hội Sản Phụ khoa Pháp (CNGOF)

THAI CHẬM TĂNG TRƯỜNG TRỌNG TỬ CUNG

**Chỉ 20% trường hợp TCTT
được phát hiện trước sinh**

CNGOF

Tuy nhiên

**TCTT liên quan đến
bệnh suất và tử suất cao**

CN G O F

4

Tàn suất ở Pháp

- ◉ 2010 (14 681 trẻ sinh ra > 22 tuần)
- ◉ Cân nặng thai nhi nhỏ so với tuổi thai < bách phân vị thứ 10 :
 - ▶ **8,9 % (trẻ sinh ra sống)**
 - ▶ 8,5 % (đơn thai sống)
 - ▶ Khuyết hưởng gia tăng

CN G O F

4

YẾU TỐ NGUY CƠ dân số - xã hội

Định nghĩa YTNC		Cân nặng thai nhỏ so với tuổi thai	Nguy cơ (trung vị [IC _{95%}])
Tuổi mẹ	> 35 tuổi	< bpv thứ 10	ORa = 1,4 [1,1-1,8]
Sắc tộc (USA-UK)	Gốc Mỹ - Phi	< bpv thứ 10	ORa = 1,9 [1,8-1,9]
	Gốc Á	< bpv thứ 10	ORa = 3,0 [2,9-3,1]
Số lần sinh	1 lần	< bpv thứ 10	ORa = 1,9 [1,8-2,0]
	Đa sản > 8	< bpv thứ 10	ORa = 1,7 [1,1-2,5]
Điều kiện kinh tế-xã hội thấp		< bpv thứ 3	ORa = 1,5 [1,4-1,5]

CN O F

5

YẾU TỐ NGUY CƠ hành vi

Định nghĩa YTNC		Cân nặng thai nhỏ so với tuổi thai	Nguy cơ (trung vị [IC _{95%}])
Thuốc lá	1 điếu/ ngày	< bpv thứ 10 hiệu chỉnh	RRa = 1,8 [1,3-2,5]
	> 10 điếu/ ngày	< bpv thứ 10 hiệu chỉnh	ORa = 2,3 [1,6-3,4]
	ngưng	< bpv thứ 2,5	ORa = 1,0 [1,0-1,1]
Cân nặng	BMI < 18,5	< bpv thứ 10	RRa = 1,5 [1,4-1,7]
	PP < 8 kg	< bpv thứ 10	ORa = 1,6 [1,3-2,1]
	25 < BMI < 34,9	< bpv thứ 10 hiệu chỉnh	OR = 1,5 [1,1-1,7]
Bia / Rượu	1-2 ly/ ngày	< bpv thứ 10	ORa = 1,6 [1,3-2,1]
Chất gây nghiện		< bpv thứ 10	OR = 3,2 [2,4-4,3]

CN O F

6

YẾU TỐ NGUY CƠ y khoa

Định nghĩa YTNC		Cân nặng thai nhỏ so với tuổi thai	Nguy cơ (trung vị [IC _{95%}])
Tiền sử sản khoa : thai nhỏ		< bpv thứ 10	ORa = 4,4 [4,0-4,8]
Tiểu đường và bệnh mạch máu		< bpv thứ 10	ORa = 5,7 [1,4-23,6]
Tăng huyết áp	THA cấp	< bpv thứ 10	ORa = 1,5 [1,4-1,6]
	THA mãn	< bpv thứ 10	ORa = 2,5 [2,1-2,9]
	Tiền sản giật	< bpv thứ 10	ORa = 3,3 [3,0-3,9]

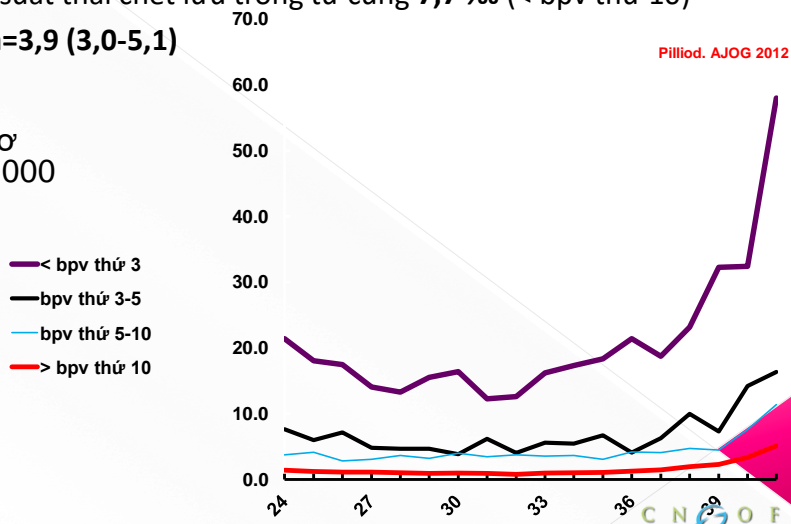
CNCOF

7

THAI CHẾT LƯU TRONG TỬ CUNG

- Tần suất thai chết lưu trong tử cung **7,7 ‰** (< bpv thứ 10)
- **ORa=3,9 (3,0-5,1)**

Nguy cơ cho 10 000



CNCOF

8

Vấn đề sản khoa

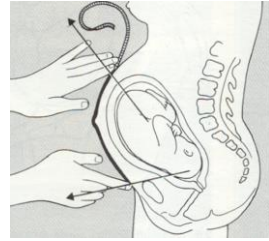
Cân nặng lúc sinh	< BPV thứ 10		> BPV thứ 10	
Nghi ngờ cân nặng trước sinh của thai nhi nhỏ so với tuổi thai	Có (n=265)	Không (n=954)	Có (n=271)	Không (n=12610)
Tỷ lệ hiện mắc	21,7 %	78,3 %	2,1 %	97,9 %
Tỷ lệ mổ lấy thai dự phòng	23,8 % 2,9 [2,1-4,0]	9,4 % 1,4 [1,1-1,8]	28,4 % 2,8 [2,1-3,6]	10,0 %
Tỷ lệ sinh < 39 tuần	44,1 % 4,1 [3,2-5,3]	7,9 % 0,9 [0,7-1,2]	40,6 % 3,0 [2,3-3,7]	2,1 %
Tỷ lệ mổ lấy thai trong quá trình chuyển dạ	16,1 % 2,3 [1,6-3,5]	13,9% 1,9 [1,5-2,4]	9,4% 1,1 [0,7-1,8]	10,0 %

Kết luận dịch tễ học

- Yếu tố nguy cơ chính:
 - ▶ tuổi mẹ > 35 tuổi
 - ▶ sinh con đầu
 - ▶ kinh tế - xã hội thấp
 - ▶ nhiễm độc (thuốc lá, rượu, chất gây nghiện)
 - ▶ BMI < 18,5 kg/ m²
 - ▶ tiền sử cân nặng thai nhỏ so với tuổi thai
 - ▶ tiểu đường với bệnh lý mạch máu
 - ▶ tăng huyết áp

Nguy cơ thai chết lưu trong tử cung x 4

Bề cao tử cung



Kể từ 22 tuần, BCTC có vai trò trong việc phát hiện TCTT

BCTC nhỏ bất thường cần siêu âm kiểm tra



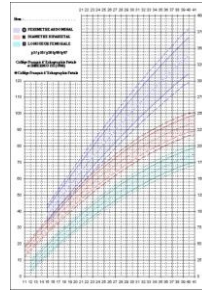
Phương pháp dựa vào các thông số siêu âm

Thông số phù hợp nhất để phát hiện :

Ước lượng cân nặng (ULCN) và chu vi bụng (CVB) tham khảo theo công thức của Hadlock ở 3 thông số

Đối với 95% bệnh nhân, việc đánh giá cân nặng thai nhi có sai số tối đa $\pm 20\%$

Các đường cong – Ngưỡng



Xác định ngày bắt đầu mang thai
với chiều dài đầu mông ở quý 1 thai kỳ

Nếu CVB hoặc ULCN thai nhi < bpv thứ 10

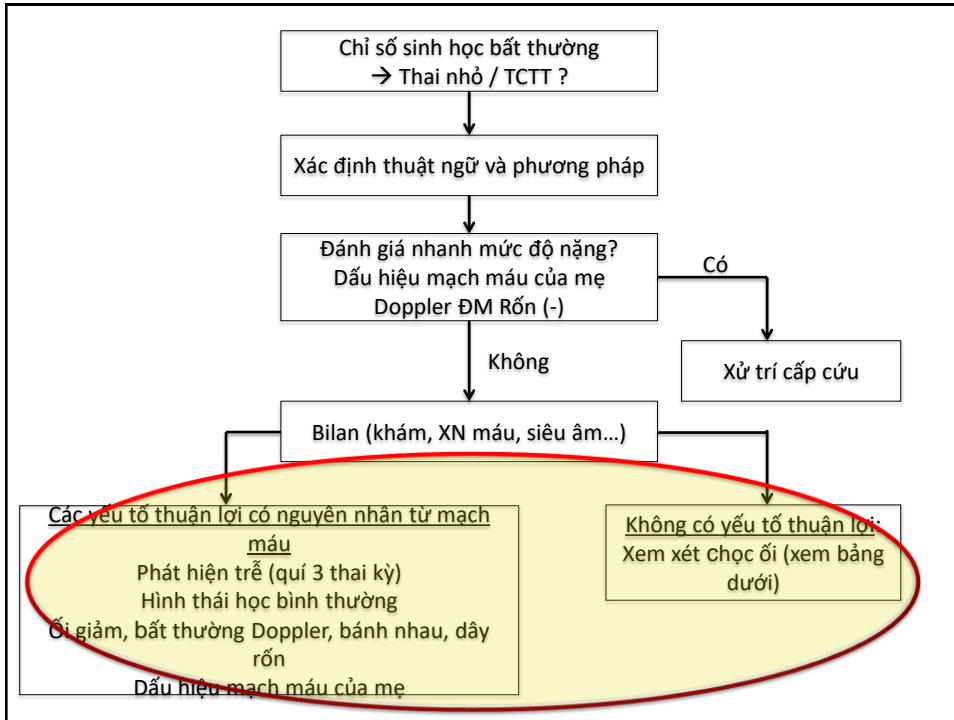
Nếu < bpv thứ 3 : cân nặng thai nhi nhỏ
nghiêm trọng



Chú ý

Phần lớn thai nhi có ULCN và/hoặc
CVB < bpv thứ 10 có sự phát triển bình
thường (Dương giả)

Ngược lại, 1 số thai nhi có thể có sự
phát triển bất thường dù ULCN và/hoặc
CVB > bpv thứ 10 (Âm giả)



“Đồng ý” chọc ối	Không chọc ối
TCTT khởi phát sớm	TCTT khởi phát muộn
TCTT nghiêm trọng	Hình thái học bình thường
Kèm bất thường hình thái học trên siêu âm	Bất thường Doppler
Lượng ối tăng	Lượng ối bình thường
Nguy cơ Trisomie 21 cao hoặc trung bình	Bệnh lý mạch máu ở mẹ
Không bất thường Doppler ĐM rốn và ĐM tử cung	Nồng độ PPAP-A và/hoặc HCG thấp ở quý 1 thai kỳ
Tiền căn cha mẹ sinh ra trẻ có cân nặng bình thường	Nguyên nhân khác từ mẹ (các bệnh mãn tính, việc điều trị có thể làm chậm sự phát triển của thai,...)
Yêu cầu của cha mẹ	Tiền sử cá nhân và gia đình có cân nặng thai nhỏ so với tuổi thai
Chọc ối có khả năng thay đổi điều trị	Cha mẹ không muốn can thiệp chẩn đoán trước sinh
	Chọc ối không thay đổi điều trị (lựa chọn của cha mẹ)



Hướng dẫn xử trí TCTT

- ✓ Nhịp tim thai qui ước
- ✓ Đo lượng ối
- ✓ Doppler ĐMR để phát hiện TCTT nguy cơ
- ✓ Doppler ĐMR bình thường không cần theo dõi sát
- ✓ Doppler ĐMR = cần theo dõi đầu tiên
- ✓ Doppler ĐM não giữa dự đoán tốt tỷ lệ mắc
- ✓ Nó cần được phối hợp với Doppler ĐMR

Không làm Oxytocine TEST

C N O F

Xử trí TCTT

Corticoïdes : được khuyến cáo cho những bệnh nhân có TCTT nếu chấm dứt thai kỳ trước 34 tuần

MgSO₄ : trước 32–33 tuần

Aspirine : không có lợi ích cho TCTT

Hoạt động thể lực :

Hạn chế lao động nặng

Không có chỉ định nghỉ ngơi tại giường

Theo dõi TCTT

Nếu sóng tâm trương của ĐMR bình thường: lặp lại mỗi 3 tuần, kết hợp với Doppler ĐMNG và 1 chỉ số sinh học

Nếu sóng tâm trương của ĐMR còn (+), và chưa cho sinh: theo dõi Doppler ĐMR và ĐMNG lặp lại mỗi tuần tùy theo độ nặng của TCTT

Nếu mất hoặc đảo ngược sóng tâm trương ĐMR: nhập viện để điều trị corticoide và theo dõi chặt chẽ và/hoặc cho sinh với đo tim thai hàng ngày.

Xử trí TCTT > 34 tuần

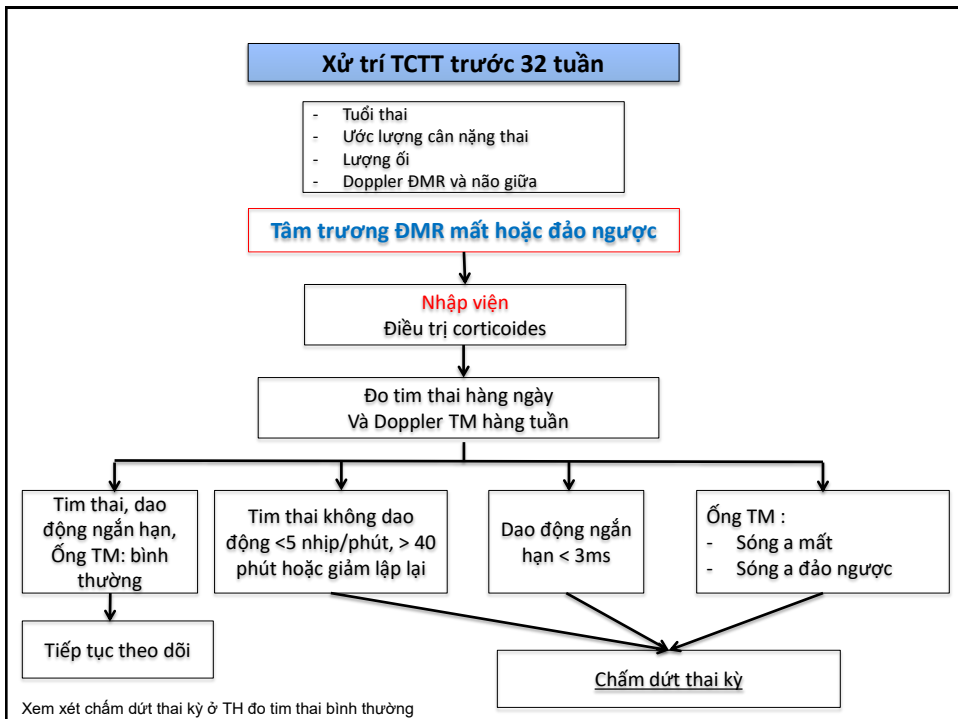
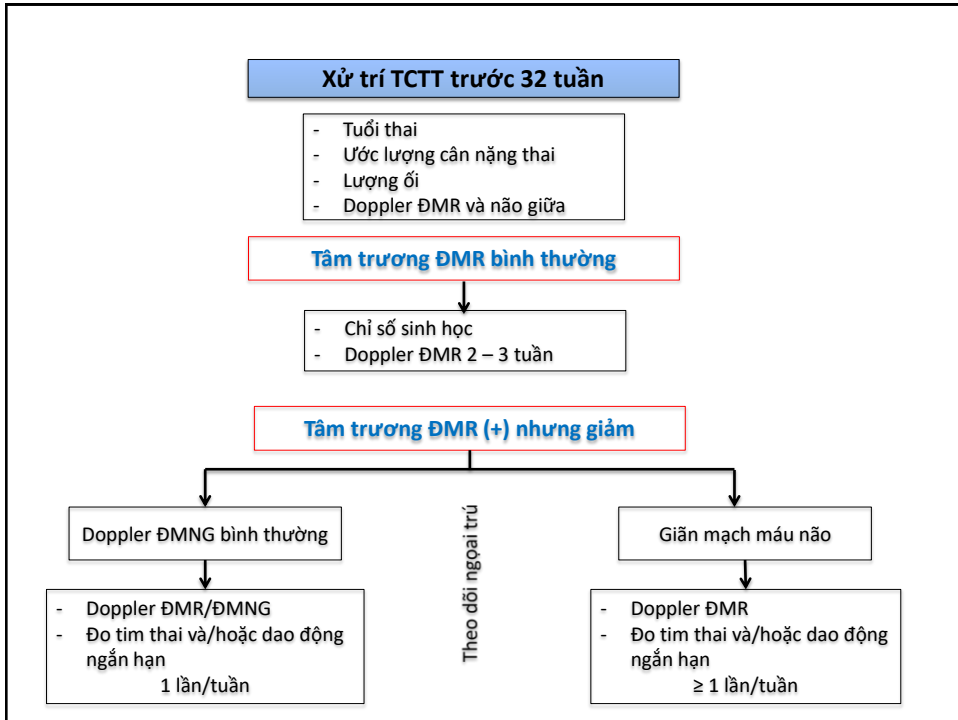
Không làm thai suy

Không khuyến cáo mổ lấy thai

2 lựa chọn : khởi phát sinh hoặc cho theo dõi

Trường hợp mất sóng tâm trương (hoặc đảo ngược) sau 34 tuần, xem xét chấm dứt thai kỳ

Trường hợp Doppler ĐMR bình thường khuyến cáo theo dõi chặt chẽ bằng Doppler ĐMR, ĐMNG và đo tim thai. Khởi phát sinh có thể được xem xét kể từ 37 tuần



VÙNG TẾ BÀO MÀM QUANH NÃO THẤT

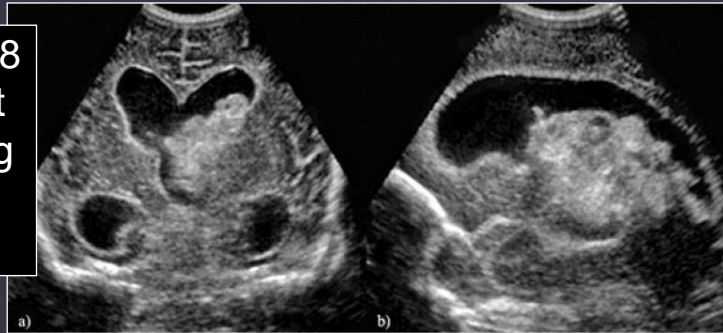
Rối loạn đông máu

Sự đáp ứng lưu lượng máu trước và sau sinh

Thiếu máu cục bộ – thiếu oxy não

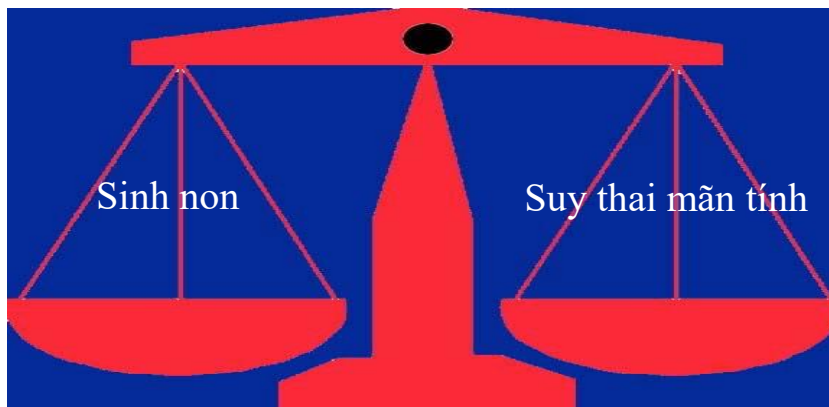
Nhiễm trùng

Siêu âm: 28
tuần. Xuất
huyết trong
não thất
grade IV

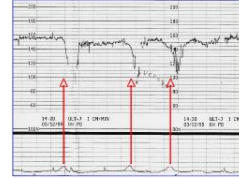
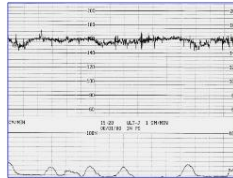
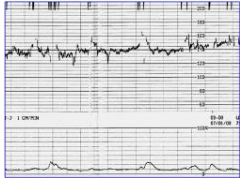


Anca. Med Ultrasonogr 2011; 13: 314

Khi nào sinh ?



Diễn tiến của tim thai trong TCTT



	Tăng +	Tăng -	Nhanh	Dao động <5 nhịp/ph	Giảm lặp lại
Thiếu O ₂	13%	53%	47%	78%	64%
Nhiễm toan	4%	42%	66%	67%	64%

Visser GH. AJOG 1990;162:698



**Vai trò của Chăm dứt thai kỳ
và chăm sóc giảm nhẹ
trong trường hợp TCTT**

Quyết định khó khăn

Chăm dứt thai kỳ
và chăm sóc giảm nhẹ



Tiên lượng



Chỉ định CDTK do thai hoặc mẹ

Đối với thai nhi « trẻ đã đánh mất đi cơ hội sống dù không có di chứng nặng »
Và/hoặc đánh giá tiên lượng mẹ

Yếu tố tiên lượng

- Tuổi thai +++



• Siêu âm

Xác định ngày bắt đầu có thai

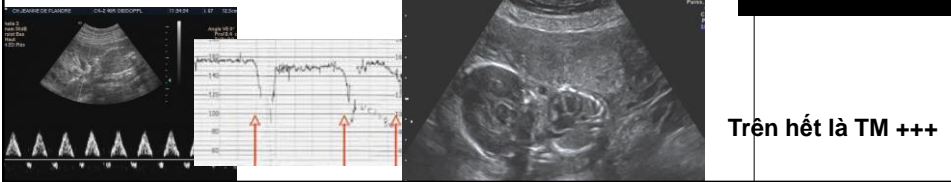
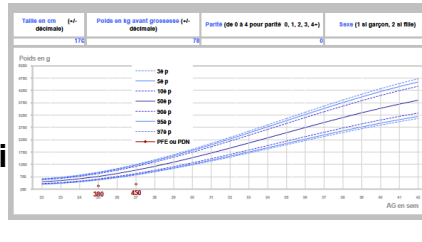
- Ngày kinh cuối cùng
- Siêu âm xác định tuổi thai +++

Đồng thuận cho việc không xử trí cho tuổi thai < 24 tuần

- Đo nhịp tim thai

Yếu tố tiên lượng

- Tuổi thai +++
- Siêu âm +++
 - Ước lượng cân nặng thai
 - Doppler
 - Thiếu ối và dấu hiệu thiếu Oxy mãn
- Đo nhịp tim thai



Chấm dứt thai kỳ Chỉ định cho mẹ Tiền sản giật

« Trường hợp tiền sản giật nặng < 24 tuần, Chấm dứt thai kỳ cần phải được đặt ra »

- Tiền sản giật muộn mà có TCTT nghiêm trọng thì tiên lượng xấu

Hướng xử trí

- Đánh giá tiên lượng toàn diện nhất có thể
- Thảo luận nhiều ngành nhiều lĩnh vực ++++
 - Thông tin cho cha mẹ : tham khảo bác sĩ ++
 - nếu họ yêu cầu chấm dứt thai kỳ : ưu tiên xét hồ sơ tại Trung tâm chẩn đoán trước sinh (ngoại trừ trường hợp cấp cứu của mẹ)
 - *Chỉ định do thai* : có chữ ký của 2 bác sĩ của TT Chẩn đoán trước sinh (CĐTS)
 - *Chỉ định do mẹ* :
 - 1 Bác sĩ Sản-Phụ khoa của khoa CĐTS
 - 1 Bác sĩ Nội khoa

Vai trò của hủy thai nếu yêu cầu Chấm dứt thai kỳ

- Cha mẹ yêu cầu
- Nếu CDTK có chỉ định do mẹ :
 - Ổn định các triệu chứng của mẹ để thực hiện khởi phát chuyển dạ hoặc cho sanh ngả âm đạo ?
- *Tránh mổ lấy thai*
- Không hủy thai
 - Tử vong có thể xảy ra trong lúc sinh
 - Hoặc tiến hành chăm sóc giảm nhẹ sau sinh.
- *phải tư vấn trước cho bệnh nhân*

Thay thế cho CDTK : Theo dõi

= Diễn tiến tự nhiên dẫn đến thai chết lưu trong tử cung

– đôi khi kéo dài rất lâu

→Tiên lượng kém bởi tình trạng thiếu oxy kéo dài

→Nguy cơ biến chứng mẹ (khoảng 20% trường hợp)

⊙Không bao giờ nói «bỏ điều trị» nữa

Thay thế cho CDTK : Xử trí chủ động

- Theo yêu cầu của cặp vợ chồng
- Trong 1 vài tình huống « trung gian »
- Đánh giá sau sinh và tiến hành chăm sóc giảm nhẹ
- Nhưng nguy cơ về tỷ lệ mắc phải ở mẹ có thể xảy ra (mổ lấy thai)

CDTK trong TCTT

- **Đánh giá tiên lượng thường khó khăn**
- **Thảo luận**
 - Nhiều ngành , nhiều lĩnh vực
 - Tại Trung tâm Chẩn đoán trước sinh
- **Thông tin và đồng hành cùng với cặp vợ chồng**
 - Quyết định sau khi suy nghĩ kỹ
- **Mục tiêu**
 - Tôn trọng quyền quyết định của các cặp vợ chồng
 - Hạn chế tỷ lệ mắc bệnh ở mẹ



**Sự phát triển giai đoạn sớm
của trẻ sơ sinh có cân
nặng nhỏ so với tuổi thai**

Đặc điểm của trẻ sơ sinh có cân nặng nhỏ so với tuổi thai

- trẻ sơ sinh có cân nặng nhỏ so với tuổi thai (< bpv thứ 10)
- trẻ sơ sinh có chậm tăng trưởng trong tử cung (giảm tăng trưởng thai)
- Quan trọng đo chu vi đầu

Cân nặng nhỏ với Chu vi đầu được giữ nguyên (80% trường hợp)

nguồn gốc mạch máu, tiên lượng tốt

Cân nặng nhỏ với Chu vi đầu giảm (20% trường hợp)

nguồn gốc có thể thay đổi, tiên lượng kém

Bilan bệnh học của trẻ sơ sinh có cân nặng nhỏ

- Hiểu 1 cách hệ thống
 - **Hỏi bệnh** sản phụ (nhiễm độc, thuốc)
 - **Thăm khám** toàn diện (hình dạng bất thường) ± tham khảo ý kiến di truyền học
- Phần còn lại phụ thuộc vào các chẩn đoán xét nghiệm trước sinh
 - **Di truyền** : karyotype hoặc CGH array (kỹ thuật lai gen so sánh)
 - **Hình ảnh học** : ETF, xương
 - **CMV nước tiểu**
 - Xét nghiệm máu khác

Tỷ lệ tử vong sơ sinh

Trẻ sinh đủ tháng

↑ Nguy cơ tử vong

RR < J7 = 4,4 (4,1- 4,6)

RR: Nguy cơ tương đối

Trẻ sinh non

↑ Nguy cơ tử vong

RR tử vong tăng gấp 4 lần



Thiếu máu cục bộ- thiếu oxy sơ sinh

Trẻ sinh đủ tháng

↑ Nguy cơ đáp ứng kém

↑ Nguy cơ liệt não x 3 đến 4 lần

Trẻ sinh non

↑ Nguy cơ đáp ứng kém

Liệt não không tăng



Biến chứng tức thì

Hạ thân nhiệt

↑ tần suất giảm thân nhiệt ($< 36^{\circ}\text{C}$) 11% so với 2%

Hạ đường huyết

Chủ yếu ở trẻ sinh non và < 72 tiếng

Rối loạn dung nạp đường huyết

Insuline chế tiết kém và đề kháng insuline

Hạ calci huyết

↑ tần suất ở hầu hết trẻ sinh non 24% so với 10%

C N O F

Bệnh màng trong

Tác giả	Năm	N	Dân số	Nguy cơ BMT
Mc Intire	1999	9219	24-36SA	$p < 0,05$
Bernstein	2000	19759	25-30SA	RR=1,2 (1,0-1,4)
Reiss	2003	1365	$< 32\text{SA}$	NS
Regev	2003	2764	24-31SA	RR=1,1 (1,0-1,2)
Giapros	2012	210	24-31SA	NS

▶ Không tăng nguy cơ bệnh màng trong ở trẻ sinh non có cân nặng nhỏ so với tuổi thai

C N O F

Thiếu sản phế quản phổi

Tác giả	Năm	N	Dân số	Nguy cơ TSPQP
Egreteau	2001	802	<32SA	4,7 (2,5-8,8)
Reiss	2003	1365	<32SA	3,8 (2,1-6,8)
Regev	2003	2764	24-31SA	3,4 (2,3-5,1)
Westby	2009	365	26-27SA	3,3 (1,7-6,5)
Zeitlin	2010	4525	24-31SA	6,4 (4,5-9,2)
Giapros	2012	210	24-31SA	3,4 (1,8-10,6)

► Nguy cơ gia tăng TSPQP ở trẻ sinh non có cân nặng nhỏ so với tuổi thai

C N O F

Viêm loét ruột hoại tử

Tác giả	Năm	N	Dân số	Nguy cơ VLRHT
Mc Intire	1999	9219	24-36SA	NS
Bernstein	2000	19759	25-30SA	1,3 (1,1-1,5)
Reiss	2003	1365	<32SA	NS
Regev	2003	2764	24-31SA	NS
Garite	2004	29916	23-34SA	P<0,01
Westby	2009	365	22-25SA	2,9 (1,1-7,7)
Giapros	2012	210	24-31SA	NS

► Kết quả không tương xứng với Nguy cơ VLRHT ở trẻ sinh non có cân nặng nhỏ so với tuổi thai

C N O F

Xuất huyết não thất 3-4

Tác giả	Năm	N	Dân số	Nguy cơ XHN 3-4
Mc Intire	1999	9219	24-36SA	p<0,05
Bernstein	2000	19759	25-30SA	NS
Larroque	2003	2667	<32SA	2,1 (1,2-3,8)
Reiss	2003	1365	<32SA	NS
Regev	2003	2764	24-31SA	NS
Garite	2004	29916	23-34SA	NS
Ancel	2005	1902	<32SA	3,9 (1,3-11,5)
Zeitlin	2010	4525	24-31SA	NS
Giapros	2012	210	24-31SA	NS

▶ Kết quả không tương xứng với nguy cơ XHN 3-4 ở trẻ sinh non có cân nặng nhỏ so với tuổi thai



Nhuẩn hóa chất trắng quanh não thất

Tác giả	Năm	N	Dân số	Nguy cơ NHCTQNT
Reiss	2003	1365	<32SA	NS
Regev	2003	2764	24-31SA	NS
Ancel	2005	1902	<32SA	NS
Zeitlin	2010	4525	24-31SA	NS

▶ Không tăng nguy cơ NHCTQNT ở trẻ sinh non có cân nặng nhỏ so với tuổi thai



Xử trí ở trẻ sơ sinh

- Tư vấn đơn vị nhi khoa trước sinh nếu cân nặng nhỏ nghiêm trọng < bpv thứ 3
- Hạn chế nguy cơ hạ thân nhiệt
- Kiểm soát đường huyết trong 72 giờ đầu
- Tối ưu hóa lượng calori nạp vào (ngoài đường tiêu hóa / tuổi thai < 32 tuần) bắt đầu cho ăn qua đường ruột ở giai đoạn sớm và tăng từ từ tùy theo khả năng dung nạp



Trẻ sơ sinh có cân nặng nhỏ so với tuổi thai

- Tỷ lệ tử vong cao cho dù đúng thời hạn
- Nguy cơ chu sinh (ngạt chu sinh)
- Nguy cơ sớm sau sinh (hạ thân nhiệt, hạ đường huyết)
- Nguy cơ trễ sau sinh (thiếu sản PQ-phổi, bệnh lý đường ruột)
- Xử trí đặc hiệu sau sinh





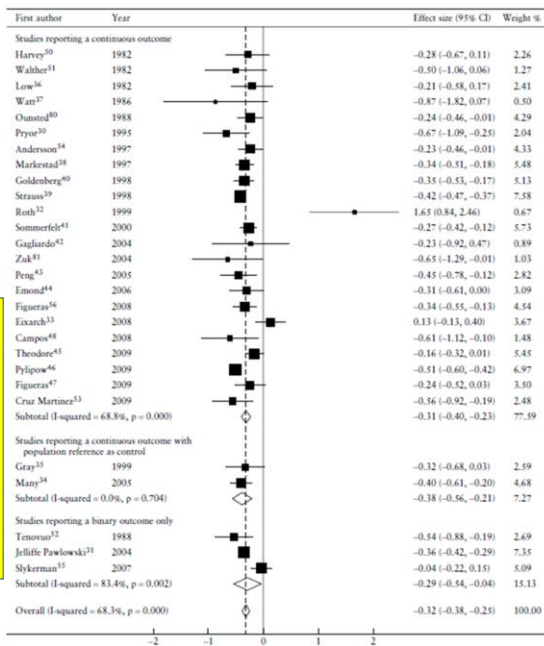
Hậu quả lâu dài ở trẻ sinh ra trong bệnh cảnh TCTT và/hoặc có cân nặng nhỏ so với tuổi thai

CNOOF

Vấn đề phát triển thần kinh

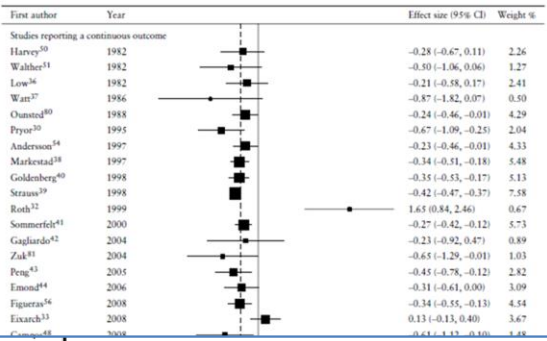
28 nghiên cứu phân tích gộp NN AT 7861 ca cân nặng nhỏ 91619 ca cân nặng bình thường

Arcangeli, Ultrasound Obst Gyn 2012



CNOOF

28 nghiên cứu phân tích gộp NN AT 7861 ca cân nặng nhỏ 91619 ca cân nặng bình thường

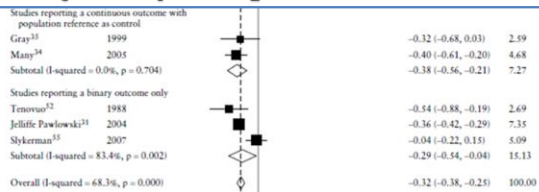


Overall (I-squared = 68.3%, p = 0.000)

-0.32 (-0.38, -0.25) 100.00

Điểm của ca Cân nặng nhỏ lúc 2 tuổi 0.32 SD (IC 0.25-0.38)

Arcangeli, *Ultrasound Obst Gyn* 2012



CNCOF

Nguy cơ giảm nhận thức tối thiểu, dấu hiệu tăng động, giảm chú ý lúc 5 tuổi và khó khăn trong học tập lúc 8 tuổi

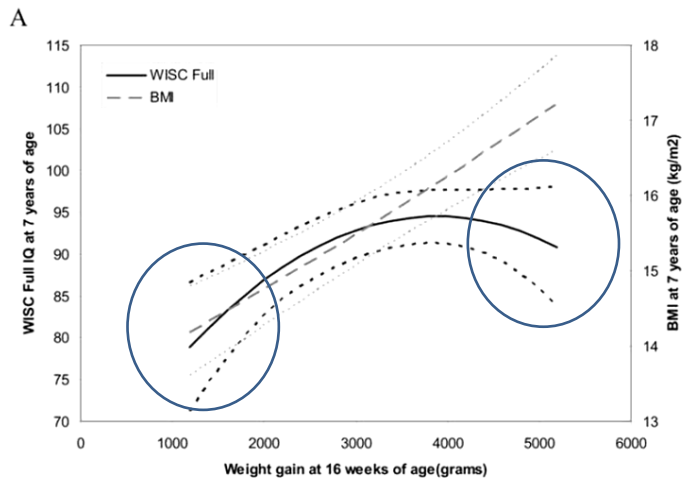
EIPAGE 1

	29–32 wk gestation			P
	AGA (≥20th Centile)	M-SGA (10th–19th Centile)	SGA (<10th Centile)	
Mortality				
n/N (%)	79/1634 (4.8)	8/193 (4.2)	20/191 (10.5)	<.01
aOR (95% CI) ^a	1.00	1.10 (0.48–2.48)	2.79 (1.50–5.20)	
Cerebral palsy				
n/N (%)	85/1110 (7.7)	6/131 (4.6)	4/125 (3.2)	.10
Cognitive deficiency				
n/N (%)	268/933 (28.7)	51/122 (41.8)	43/106 (40.6)	<.01
aOR (95% CI) ^c	1.00	1.87 (1.24–2.82)	1.73 (1.12–2.69)	
Inattention-hyperactivity symptoms				
n/N (%)	156/1041 (15.0)	19/121 (15.7)	27/115 (23.5)	.07
aOR (95% CI) ^d	1.00	1.19 (0.69–2.03)	1.78 (1.10–2.89)	
Total behavioral difficulties				
n/N (%)	201/1037 (19.4)	32/121 (26.5)	22/115 (19.1)	.18
School difficulties				
n/N (%)	163/887 (18.4)	24/104 (23.1)	30/107 (28.0)	.04
aOR (95% CI) ^e	1.00	1.28 (0.75–2.16)	1.74 (1.07–2.82)	

Guellec, *Pediatrics* 2011

CNCOF

Tăng trưởng sau sinh và phát triển thần kinh



<1200g hoặc >5000g lúc tháng thứ 4 có thang điểm thấp nhất lúc 7 tuổi

Hậu quả lâu dài


Tăng trưởng và kích thước cuối cùng

87 % đạt được tầm vóc tương ứng lúc 1 tuổi

6% vẫn giữ kích thước nhỏ lúc trưởng thành

Lấy lại được trọng lượng lúc 6 tháng

Kích thước lúc 4 tuổi: Độ lệch chuẩn (ĐLC) 0,75 ca
Cân nặng nhỏ vs ca Cân nặng bình thường

**24% ca Cân nặng nhỏ và 36% ca TCTT
vẫn giữ ĐLC <-2 lúc 5 tuổi** 

Ảnh hưởng qua nhiều thế hệ

All eligible mother-offspring pairs (n = 38 720)				All mother-offspring pairs with complete data on all background variables (n = 24 520)						
Crude analyses				Crude analyses				Adjusted analyses*		
n**	OR***	95% CI	P	n**	OR***	95% CI	P	OR***	95% CI	P
Child born preterm										
Mother born preterm	117	1.31	1.08–1.59	0.006	60	1.23		1.30	1.05–1.61	0.017
Mother born SGA	164	1.23	1.04–1.45	0.015	98	1.28				
Child born SGA										
Mother born preterm	50	1.29	0.96–1.72	0.088	23	1.09		2.68	2.11–3.41	<0.001
Mother born SGA	144	2.79	2.32–3.34	<0.001	82	2.76				

(Selling, BLOG 2006)

**Nghiên cứu Thụy Điển : mẹ và con, sinh non và / hoặc Cân nặng nhỏ so với tuổi thai (n=38 720 cặp vợ chồng)
Hiệu chỉnh trên thuốc lá, BMI, điều kiện kinh tế - xã hội**

Kết luận

- Chẩn đoán và theo dõi chặt chẽ
- Pc tỷ lệ thuận với mức độ nặng
- Thảo luận cách thức sinh
- Gây hậu quả lâu dài
- Không có phương thức phòng ngừa và điều trị hữu hiệu
- Chỉ làm giảm các hậu quả