

A STUDY OF CLINICAL AND PARACLINICAL FEATURES AND MODE OF DELIVERY OF PRETERM LABOR IN PREGNANT WOMEN

Ly Thi Chon¹, Nguyen Van Lam², Duong Kim Ngan³, Le Thi Thu Trang⁴

¹Viet Anh Multispecialty Clinic - DT 741 street, Tan Hiep hamlet, Phu Rieng commune, Dong Nai province, Vietnam

²Can Tho University of Medicine and Pharmacy - 179 Nguyen Van Cu, Tan An ward, Can Tho city, Vietnam

³Ca Mau Obstetrics and Pediatrics Hospital - 85 Ly Thuong Kiet, Tan Thanh ward, Ca Mau province, Vietnam

⁴Thu Duc regional General Hospital - 64 Le Van Chi, Linh Xuan ward, Ho Chi Minh city, Vietnam

Received: 07/04/2026

Revised: 20/05/2026; Accepted: 18/06/2026

ABSTRACT

Objectives: To describe the clinical and paraclinical characteristics and evaluate the methods of pregnancy termination in pregnant women with preterm labor at Binh Duong General Hospital from July 2025 to February 2026.

Subjects and methods: A prospective, descriptive cross-sectional study with analysis.

Results: The average age of pregnant women in the study group was 26.14 ± 8.06 years, with the youngest being 15 years and the oldest 42 years. The majority of pregnant women lived in rural areas (96.67%), and had one child (57.78%). 25.56% of pregnant women worked more than 8 hours/day; and 35.55% had a BMI ≥ 23 kg/m². The average gestational age at admission was 34.14 ± 2.45 weeks, with the youngest being 28 weeks and the oldest 36 weeks and 6 days. 48.89% of pregnant women delivered vaginally, and the rates of cesarean section and vaginal delivery were similar in both gestational age groups. The rate of admission to the neonatal intensive care unit was high (85.55%).

Conclusions: The majority of preterm births occurred at a gestational age of ≥ 34 weeks.

Keywords: Preterm birth, cesarean section, BMI.

*Corresponding author

Email: lythichon789@gmail.com Phone: (+84) 913929060 DOI: 10.52163/yhc.v67i6.5496



NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ PHƯƠNG PHÁP CHẤM DỨT THAI KỲ CỦA NHỮNG TRƯỜNG HỢP CHUYỂN DẠ SINH NON

Lý Thị Chon¹, Nguyễn Văn Lâm², Dương Kim Ngân³, Lê Thị Thu Trang^{4*}

¹Phòng khám Đa khoa Việt Anh - Đường ĐT 741, thôn Tân Hiệp, xã Phú Riềng, tỉnh Đồng Nai, Việt Nam

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ - 179 Nguyễn Văn Cừ, phường Tân An, thành phố Cần Thơ, Việt Nam

³Bệnh viện Sản Nhi Cà Mau - 85 Lý Thường Kiệt, phường Tân Thành, tỉnh Cà Mau, Việt Nam

⁴Bệnh viện Đa khoa khu vực Thủ Đức - 64 Lê Văn Chí, phường Linh Xuân, thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 07/04/2026

Ngày chỉnh sửa: 20/05/2026; Ngày duyệt đăng: 18/06/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá phương pháp chấm dứt thai kỳ của những thai phụ chuyển dạ sinh non tại Bệnh viện Đa khoa Bình Dương từ tháng 7/2025 đến tháng 2/2026.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang mô tả có phân tích, tiến cứu.

Kết quả: Độ tuổi trung bình của thai phụ trong nhóm nghiên cứu là $26,14 \pm 8,06$ tuổi, nhỏ nhất 15 tuổi và lớn nhất 42 tuổi. Đa số thai phụ sống ở nông thôn (96,67%), đã có 1 con (57,78%). Có 25,56% thai phụ làm việc trên 8 giờ/ngày; và 35,55% có BMI ≥ 23 kg/m². Tuổi thai trung bình lúc nhập viện là $34,14 \pm 2,45$ tuần, nhỏ nhất là 28 tuần và lớn nhất là 36 tuần 6 ngày. Có 48,89% thai phụ sinh ngã âm đạo, tỷ lệ mổ lấy thai và sinh ngã âm đạo của 2 nhóm tuổi thai tương đương nhau. Tỷ lệ nhập khoa hồi sức sơ sinh cao (85,55%).

Kết luận: Đa số các trường hợp sinh non xảy ra ở tuổi thai ≥ 34 tuần.

Từ khóa: Sinh non, mổ lấy thai, chỉ số khối cơ thể.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sinh non là vấn đề quan trọng trong thực hành sản khoa, làm tăng tỷ lệ tử vong và giảm chất lượng sống của trẻ sơ sinh. Theo nghiên cứu của Ohuma E.O và cộng sự (2023), có khoảng 13,4 triệu trẻ sơ sinh sinh non trên thế giới vào năm 2020, chiếm tỷ lệ 9,9% tổng số ca sinh [1]; tại khu vực Nam Á, tỷ lệ này đạt mức cao 13,2%. Đáng chú ý là khoảng 15% tổng số ca sinh non toàn cầu xảy ra ở tuổi thai dưới 32 tuần [1]. Tại Việt Nam, kết quả nghiên cứu của Trương Thiện Tiên và cộng sự (2024) cho thấy tỷ lệ sinh non là 6,1%, trong đó trẻ sinh non muộn (34-36 tuần) chiếm ưu thế với 81,2% [2]. Những số liệu thực tế này đòi hỏi các chiến lược dự phòng và chăm sóc sơ sinh tích cực hơn để giảm thiểu gánh nặng từ tình trạng sinh non. Trong nghiên cứu của Đỗ Hoàng Yến và cộng sự (2024), tỷ lệ tử vong lên đến 20% ở nhóm trẻ tuổi thai ≤ 32 tuần nhập khoa sơ sinh [5].

Tại Việt Nam, kết quả từ các nghiên cứu lâm sàng đã chỉ ra nhiều yếu tố thuận lợi dẫn đến tình trạng này. Nghiên cứu của Lương Hoàng Thành và cộng sự (2024) tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội ghi nhận các yếu tố nguy cơ phổ biến gồm: viêm nhiễm đường sinh dục (13,64%), tiền sử sinh non hoặc dọa sinh non (12,72%), chảy máu trong 3 tháng đầu thai kỳ (21,82%), và tình trạng đa thai, đa ối (7,27%) [6]. Một số yếu tố về nhân khẩu học và xã hội cũng được ghi nhận như sản phụ sống ở nông thôn chiếm 55,3% hay nhóm công nhân chiếm 35% trong số các ca sinh non [7].

Khoa Sản, Bệnh viện Đa khoa Bình Dương hằng năm tiếp nhận nhiều trường hợp sinh non. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phương pháp chấm dứt thai kỳ ở thai phụ chuyển dạ sinh non nhằm đánh giá tổng quát thực trạng sinh non tại Bệnh viện Đa khoa Bình Dương, xác định các yếu tố liên quan, hướng xử trí và kết cục sơ sinh.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Thai phụ chuyển dạ sinh non nhập viện tại Khoa Sản, Bệnh viện Đa khoa Bình Dương và được theo dõi đến khi kết thúc thai kỳ.

- Tiêu chuẩn chọn mẫu: các thai phụ có tuổi thai từ 28 đến dưới 37 tuần (theo siêu âm 3 tháng đầu thai kỳ), chuyển dạ tự nhiên, thai sống, đơn thai, đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: thai phụ có các bệnh nội khoa nặng, thai nhi bị dị dạng hoặc bệnh lý.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

- Thời gian và địa điểm nghiên cứu: nghiên cứu được tiến hành tại Khoa Sản, Bệnh viện Đa khoa Bình Dương, từ tháng 7/2025 đến tháng 2/2026.

*Tác giả liên hệ

Email: lythichon789@gmail.com Điện thoại: (+84) 913929060 DOI: 10.52163/yhc.v67i6.5496

- Cỡ mẫu nghiên cứu tính theo công thức:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \times \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: p là tỷ lệ mô lấy thai trong nhóm sơ sinh non tháng (theo nghiên cứu của Đào Thị Huyền Trang và cộng sự, tỷ lệ này là 22,3% [8]), nên chúng tôi chọn p = 0,223; với $\alpha = 0,05$, có $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$; chọn d = 0,09.

Thay các chỉ số vào công thức, tính được n = 82,18. Vậy cỡ mẫu tối thiểu cần thu thập là 83 trường hợp. Trong nghiên cứu này chúng tôi thu thập được 90 trường hợp.

- Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện. Chọn tất cả các trường hợp thỏa mãn điều kiện chọn mẫu đến sinh tại Khoa Sản, Bệnh viện Đa khoa Bình Dương.

2.3. Nội dung nghiên cứu

- Biến số chung: tuổi, nơi cư trú, nghề nghiệp, trình độ học vấn, số con.

- Thai: tuổi thai thời điểm nhập viện, phương pháp chấm dứt thai kỳ, Apgar.

2.4. Quy trình tiến hành

- Bước 1. Chọn mẫu nghiên cứu. Khi thai phụ nhập viện, chúng tôi ghi nhận những thông tin ban đầu và so sánh với tiêu chuẩn chọn mẫu (tuổi thai, thai sống). Trong nghiên cứu của chúng tôi, vì tỷ lệ thai ≤ 28 tuần thấp, để mẫu tương đối đồng nhất, dễ dàng trong xử lý và trình bày các bảng nên nghiên cứu của chúng tôi chỉ chọn những trường hợp ≥ 28 tuần.

- Bước 2. Thu thập thông tin. Chúng tôi thu thập đặc điểm của thai phụ theo từng mục tiêu nghiên cứu: (1) Đặc điểm chung: tuổi, nơi cư trú nghề nghiệp, số lần sinh con, số lần dọa sinh non, số lần khám thai trong thai kỳ, những bất thường trong thai kỳ...; (2) Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: cân nặng, cơ co tử cung, độ xóa mở cổ tử cung, ngôi thai, ước lượng trọng lượng thai...

- Bước 3. Theo dõi chuyển dạ và chấm dứt thai kỳ. Ghi nhận phương pháp chấm dứt thai kỳ: sinh ngả âm đạo, mổ lấy thai, chẩn đoán khi mổ lấy thai, chỉ số Apgar trẻ sơ sinh, diễn tiến trong những ngày đầu hậu sản/hậu phẫu.

2.5. Phương pháp xử lý số liệu

- Số liệu được lưu trữ và xử lý bằng phần mềm SPSS.

- Biến số định tính: trình bày bằng tần số và tỷ lệ phần trăm (%).

- Biến số định lượng: trình bày bằng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn ($\bar{X} \pm SD$).

2.6. Y đức nghiên cứu

Đây chỉ là nghiên cứu quan sát và ghi nhận kết quả, không can thiệp bất cứ quá trình nào trong thời gian nghiên cứu.

Các thai phụ thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu được giải thích một cách cụ thể, rõ ràng về mục đích, quy trình nghiên cứu và đã đồng ý tham gia. Thông tin thu thập được chỉ phục vụ cho nghiên cứu.

Đề tài đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Trường Đại học Y Dược Cần Thơ xem xét và đồng ý cho thực hiện, văn bản số 25.565.HV-ĐHYDCT ngày 30/6/2025.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của thai phụ nghiên cứu (n = 90)

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tuổi thai phụ	< 35 tuổi	71	78,89
	≥ 35 tuổi	19	21,11
	$\bar{X} \pm SD$ (tuổi)	26,14 $\pm$ 8,06	
	Min-max (tuổi)	15-42	
Nơi cư trú	Thành thị	3	3,33
	Nông thôn	87	96,67
Số con hiện có	0 con	38	42,22
	1 con	52	57,78
Thời gian làm việc	< 8 giờ/ngày	67	74,44
	> 8 giờ/ngày	23	25,56
	$\bar{X} \pm SD$ (giờ/ngày)	8,21 $\pm$ 2,11	
	Min-max (giờ/ngày)	5-15	

Thai phụ trong nhóm tuổi dưới 35 chiếm tỷ lệ cao (78,89%), trong khi nhóm ≥ 35 tuổi chiếm 21,11%. Tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là 26,14 $\pm$ 8,06 tuổi, nhỏ nhất 15 tuổi và lớn nhất 42 tuổi, cho thấy phần lớn đối tượng thuộc nhóm tuổi sinh sản trẻ. Về nơi cư trú, đa số thai phụ sống ở khu vực nông thôn với 96,67%, trong khi sống ở thành thị chỉ chiếm 3,33%. Về số con hiện có, nhóm đã có 1 con chiếm tỷ lệ cao hơn nhóm chưa có con (57,78% so với 42,22%).

Bảng 2. Đặc điểm BMI của thai phụ (n = 90)

BMI	Số lượng	Tỷ lệ (%)
< 18,5 kg/m ²	17	18,89
18,5-22,9 kg/m ²	41	45,56
≥ 23 kg/m ²	32	35,55
$\bar{X} \pm SD$ (kg/m ²)	22,03 $\pm$ 5,28	
Min-max (kg/m ²)	14,6-35,5	

Giá trị BMI trung bình là 22,03 $\pm$ 5,28 kg/m², dao động từ 14,6-35,5 kg/m². Nhóm có BMI < 18,5 kg/m² chiếm 18,89%, nhóm có BMI từ 18,5-22,9 kg/m² chiếm tỷ lệ cao nhất (45,56%), và nhóm có BMI ≥ 23 kg/m² chiếm 35,55%.

Bảng 3. Đặc điểm tuổi thai lúc nhập viện (n = 90)

Tuổi thai	Số lượng	Tỷ lệ (%)
28 đến dưới 34 tuần	29	32,23
34 đến dưới 37 tuần	61	67,77
$\bar{X} \pm SD$ (tuần)	34,14 $\pm$ 2,45	
Min-max (tuần)	28-36,6	

Tuổi thai trung bình là 34,14 $\pm$ 2,45 tuần, dao động từ 28-36,6 tuần. Nhóm có tuổi thai từ 34 đến dưới 37 tuần chiếm tỷ lệ cao hơn với 67,77%, trong khi nhóm có tuổi thai từ 28 đến dưới 34 tuần chiếm 32,23%.

Bảng 4. Trọng lượng thai trên siêu âm (n = 90)

Trọng lượng thai	Số lượng	Tỷ lệ (%)
< 2500g	59	65,6
≥ 2500g	31	34,4
$\bar{X} \pm SD$ (g)	2212,64 ± 574,38	
Min-max (g)	1000-3200	

Thai nhi có trọng lượng < 2500g chiếm tỷ lệ cao (65,6%).

Bảng 5. Phương pháp chấm dứt thai kỳ

Phương pháp chấm dứt thai kỳ		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Toàn bộ mẫu (n = 90)	Sinh ngã âm đạo	44	48,89
	Mổ lấy thai	46	51,11
Thai 28 đến dưới 34 tuần (n = 29)	Sinh ngã âm đạo	14	48,28
	Mổ lấy thai	15	51,72
Thai 34 đến dưới 37 tuần (n = 61)	Sinh ngã âm đạo	30	49,18
	Mổ lấy thai	31	50,82

Xét về tổng thể mẫu nghiên cứu, tỷ lệ mổ lấy thai chiếm 51,11%, cao hơn so với sinh ngã âm đạo (48,89%). Khi xét từng nhóm tuổi thai: nhóm tuổi thai 28 đến dưới 34 tuần có tỷ lệ mổ lấy thai (51,72%) cao hơn so với nhóm sinh ngã âm đạo (48,28%); tương tự, ở nhóm tuổi thai 34 đến dưới 37 tuần, tỷ lệ mổ lấy thai (50,82%) cũng cao hơn sinh ngã âm đạo (49,18%).

Bảng 6. Đặc điểm nhập hồi sức sơ sinh (n = 90)

Nhập hồi sức sơ sinh	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Có	77	85,55
Không	13	14,45

Tỷ lệ trẻ nhập khoa hồi sức sơ sinh cao (85,55%).

4. BÀN LUẬN

Mối liên quan giữa BMI và sinh non đã được ghi nhận trong nhiều nghiên cứu, cho thấy BMI thấp hay cao đều có thể làm tăng nguy cơ sinh non. Thai phụ có BMI thấp trước mang thai thường có nguy cơ sinh non cao hơn so với nhóm có BMI bình thường. Cơ chế có thể liên quan đến tình trạng dinh dưỡng kém, dự trữ năng lượng hạn chế, thiếu vi chất (như sắt, kẽm, acid folic), cũng như suy giảm miễn dịch, làm tăng nguy cơ nhiễm trùng - một trong những nguyên nhân quan trọng gây chuyển dạ sinh non. BMI cao cũng liên quan đến tăng nguy cơ sinh non, đặc biệt sinh non do chỉ định (do những thai phụ này có các bệnh lý cần chấm dứt thai kỳ: tiền sản giật, đái tháo đường thai kỳ). Ngoài ra, tình trạng rối loạn chuyển hóa ở người béo phì cũng có thể góp phần kích hoạt chuyển dạ sớm.

Tuổi thai thời điểm nhập viện (34,17 tuần) trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với các nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hà và cộng sự (31,63 tuần) [3], Lương Hoàng Thành và cộng sự (32,38 tuần) [6]. Nhóm tuổi thai từ 34 đến dưới 37 tuần trong các nghiên cứu đều chiếm tỷ lệ cao [2], [6]. Thai ở tuổi 34 đến dưới 37 tuần thì hệ hô hấp, thần kinh và tiêu hóa tương đối hoàn thiện; trong

khí nhóm tuổi thai dưới 34 tuần thường có nguy cơ suy hô hấp nặng, xuất huyết não thất, viêm ruột hoại tử..., nên tỷ lệ tử vong sơ sinh cao hơn đáng kể. Nhóm tuổi thai từ 34 đến dưới 37 tuần có tỷ lệ phải thở máy xâm nhập ít hơn và thời gian nằm hồi sức sơ sinh cũng ngắn hơn; ngoài ra, khả năng bú mẹ, duy trì thân nhiệt và thích nghi với môi trường ngoài tử cung cũng tốt hơn.

Độ tuổi trung bình của thai phụ trong nghiên cứu của chúng tôi (26,14 tuổi) thấp hơn so với các nghiên cứu khác như của Nguyễn Thị Thu Hà và cộng sự (32,28 tuổi) [3], Lương Hoàng Thành và cộng sự (29,48 tuổi) [6], Klumper J và cộng sự (30,6 tuổi) [9]. Đa số thai phụ có độ tuổi dưới 35 và trung bình là 26 tuổi, đây là độ tuổi mang thai tốt nhất, ở độ tuổi này tỷ lệ xuất hiện biến chứng trong thai kỳ và chuyển dạ thấp. Tuy nhiên, những thai phụ lớn tuổi sẽ tăng nguy cơ sinh non [7].

Về nơi cư trú của thai phụ, nghiên cứu của chúng tôi thấy tỷ lệ thai phụ phụ sống ở nông thôn cao hơn thành thị rất nhiều (96,67% so với 3,33%), tương tự các kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng và cộng sự [7], Trương Thiện Tiên và cộng sự [2]. Điều này là cho thấy rằng, những trường hợp ở nông thôn có nguy cơ sinh non nhiều hơn có thể là do tính chất công việc (lao động nặng, đi nhiều) hoặc điều kiện vệ sinh kém dễ viêm nhiễm âm đạo dẫn đến vỡ ối non, hoặc ở vùng nông thôn thai phụ ít tiếp cận với các cơ sở y tế nên không nhận được các kiến thức cơ bản trong chăm sóc thai kỳ.

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ thai phụ đã có 1 con (57,78%) cao hơn nhóm chưa có con (42,22%), tương đương với các nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng và cộng sự [7], Klumper J và cộng sự [9]. Nghiên cứu của Klumper J và cộng sự có nhóm thai phụ có ≥ 2 con, điều này không được ghi nhận trong nghiên cứu của chúng tôi.

Chưa có nghiên cứu nào ghi nhận thời gian làm việc cụ thể trong ngày ở nhóm sinh non. Những nghiên cứu khác chỉ ghi nhận “hoạt động thể lực nặng và điều kiện lao động” hoặc “làm việc nhiều giờ trên đôi chân” là các yếu tố thuận lợi dẫn đến sinh non [10].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ mổ lấy thai ở thai phụ sinh non là 51,11%, cao hơn nhẹ so với sinh ngã âm đạo (48,89%). Khi phân tích theo nhóm tuổi thai, cả hai nhóm tuổi thai 28 đến dưới 34 tuần và 34 đến dưới 37 tuần đều có tỷ lệ mổ lấy thai xấp xỉ 50%, cho thấy tuổi thai đơn thuần chưa phải là yếu tố quyết định phương pháp chấm dứt thai kỳ. Điều này có ý nghĩa lâm sàng quan trọng, vì trong thực hành sản khoa, quyết định mổ lấy thai ở thai non tháng thường chịu ảnh hưởng lớn bởi lo ngại về tình trạng thai nhi và nguy cơ biến chứng sơ sinh. So sánh với các nghiên cứu trong nước, tỷ lệ mổ lấy thai của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Châu Huệ Mẫn và cộng sự (58,8%) [4], vốn tập trung vào nhóm sinh non sớm hoặc có bệnh lý sơ sinh nặng. Điều này cho thấy việc chỉ định mổ lấy thai ở thai phụ có thai non tháng có xu hướng tăng lên khi tuổi thai thấp hoặc có biến chứng kèm theo. Ngược lại, các nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hà và cộng sự [3], Trương Thiện Tiên và cộng sự [2] đều có kết quả là tỷ lệ sinh ngã âm đạo chiếm ưu thế, phản ánh khả năng theo dõi và xử trí bảo tồn trong những trường hợp sinh non không có biến chứng nghiêm trọng. Về mặt lâm sàng, nhóm

tuổi thai 34 đến dưới 37 tuần (sinh non muộn) chiếm tỷ lệ cao trong nghiên cứu của chúng tôi. Đây là nhóm có tiên lượng sơ sinh tương đối tốt hơn so với sinh non sớm, do đó việc ưu tiên sinh ngã âm đạo khi không có chống chỉ định là hợp lý và giúp giảm các nguy cơ lâu dài liên quan đến mổ lấy thai như dính ruột, nhau cài răng lược và biến chứng trong các lần mang thai sau. Kết quả này củng cố quan điểm rằng không nên xem sinh non là chỉ định mổ lấy thai thường quy, mà cần đánh giá toàn diện tình trạng mẹ và thai. Từ góc độ thực hành, việc tỷ lệ mổ lấy thai chỉ cao hơn nhẹ so với sinh ngã âm đạo cho thấy việc theo dõi sát chuyển dạ và cá thể hóa xử trí từng trường hợp cụ thể có thể giúp giảm mổ lấy thai không cần thiết mà vẫn đảm bảo an toàn cho mẹ và trẻ sơ sinh.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 90 trường hợp chuyển dạ sinh non tại Bệnh viện Đa khoa Bình Dương từ tháng 7/2025 đến tháng 2/2026, chúng tôi rút ra kết luận: tuổi trung bình của thai phụ là $26,14 \pm 8,06$ tuổi; thai phụ đã có 1 con chiếm tỷ lệ cao hơn thai phụ chưa có con (57,78%); BMI trung bình là $22,03 \pm 5,28$ kg/m²; tuổi thai trung bình là $34,17 \pm 2,38$ tuần; tỷ lệ mổ lấy thai chiếm 51,11%.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Ohuma E.O, Moller A.B, Bradley E et al. National, regional, and global estimates of preterm birth in 2020, with trends from 2010: a systematic analysis. *Lancet*, 2023, 402 (10409): 1261-1271. doi: 10.1016/S0140-6736(24)00267-8.
- [2] Trương Thiện Tiên, Nguyễn Tấn Đạt, Nguyễn Thị Bích Thủy và cộng sự. Tình hình sinh non tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế. *Tạp chí Phụ Sản*, 2024, 22 (3): 38-43. doi: 10.46755/vjog.2024.3.1779
- [3] Nguyễn Thị Thu Hà, Đỗ Tuấn Đạt, Phan Thị Huyền Thương. Kết quả điều trị các trường hợp ối vỡ non ở tuổi thai từ 24-34 tuần tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2024, 534 (1): 1-4. doi: 10.51298/vmj.v534i1.8013
- [4] Châu Huệ Mẫn, Phan Quỳnh Như, Ngô Thanh Thảo và cộng sự. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị bệnh màng trong ở trẻ sơ sinh non tháng tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ năm 2021-2022. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*, 2023, 56: 86-93. doi: 10.58490/ctump.2023i56.504
- [5] Đỗ Hoàng Yến, Bùi Thị Thủy Tiên, Phùng Nguyễn Thế Nguyên. Các yếu tố liên quan đến tử vong trẻ sơ sinh non tháng dưới 32 tuần tại Bệnh viện Hùng Vương. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2024, 544 (2): 263-267. doi: 10.51298/vmj.v544i2.11866
- [6] Lương Hoàng Thành, Đỗ Xuân Vinh, Dương Thị Thu Hà. Đặc điểm và thái độ xử trí ối vỡ non ở tuổi thai từ 28 tuần 0 ngày đến 33 tuần 6 ngày tại Khoa Đẻ, Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội năm 2022. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2024, 539 (1B): 58-62. doi: 10.51298/vmj.v539i1B.9905
- [7] Nguyễn Thị Hồng, Lục Thị Xuân, Nguyễn Thị Giang và cộng sự. Tình hình kết quả sinh non tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2020. *Tạp chí Phụ Sản*, 2022, 20 (3): 50-54. doi: 10.46755/vjog.2022.3.1428
- [8] Đào Thị Huyền Trang, Nguyễn Mạnh Thắng. Tình hình đẻ non và các phương pháp xử trí tại Khoa Đẻ, Bệnh viện Phụ Sản Trung ương. *Tạp chí Phụ Sản*, 2018, 15 (4): 36-40. doi: 10.46755/vjog.2018.4.490
- [9] Klumper J, Ravelli A.C.J, Roos C, Abu-Hanna A, Oudijk M.A. Trends in preterm birth in the Netherlands in 2011-2019: a population-based study among singletons and multiples. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 2024, 103 (3): 449-458. doi: 10.1111/aogs.14684
- [10] Vương Thị Như Quỳnh, Mai Trọng Hưng. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của thai phụ dọa sinh non có cổ tử cung ngắn tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2026, 558 (2): 26-30. doi: 10.1111/aogs.14684.

