

PREVALENCE AND ASSOCIATED FACTORS OF PLACENTA PREVIA AMONG PREGNANT WOMEN DELIVERING AT CA MAU OBSTETRICS AND PEDIATRICS HOSPITAL DURING THE PERIOD 2023–2024

Huynh Ngoc Linh^{1*}, Nguyen Viet Tri², Nguyen The Tan¹, Phan Thi Ngoc Diem¹

¹Ca Mau Medical College 146 Nguyen Trung Truc Street, Ly Van Lam Ward, Ca Mau Province, Vietnam.

²Ca Mau Obstetrics and Pediatrics Hospital, 85 Ly Thuong Kiet Street, Tan Thanh Ward, Ca Mau Province, Vietnam.

Received: 23/12/2025

Revised: 03/01/2026; Accepted: 25/02/2026

ABSTRACT

Objectives: To determine the prevalence of placenta previa and its associated factors among pregnant women delivering at Ca Mau Obstetrics and Pediatrics Hospital during the period 2023–2024.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 5,348 pregnant women who delivered at Ca Mau Obstetrics and Pediatrics Hospital. The status of placenta previa and associated factors were analyzed using logistic regression analysis.

Results: The prevalence of placenta previa was 3.14%. Among these cases, total placenta previa (placenta previa centralis) accounted for the highest proportion (58.33%), followed by marginal placenta previa (19.64%), partial placenta previa (17.26%), and low-lying placenta (4.77%). Multivariable analysis showed that factors associated with placenta previa included a history of placenta previa (aOR = 6.13; 95% CI: 2.32–9.81; $p < 0.001$), a history of cesarean section (aOR = 2.38; 95% CI: 1.25–4.47; $p < 0.001$), multiparity (aOR = 1.43; 95% CI: 1.01–2.03; $p = 0.044$), maternal age ≥ 35 years (aOR = 1.72; 95% CI: 1.24–2.40; $p = 0.001$), and a history of induced abortion or curettage (aOR = 1.62; 95% CI: 1.13–2.34; $p = 0.009$).

Conclusions: The prevalence of total placenta previa is relatively high. Obstetric history, specifically a history of placenta previa and prior Cesarean sections, represents significant risk factors, highlighting the necessity for risk screening and intensive monitoring for high-risk pregnant women.

Keywords: placenta previa, Cesarean section, multiparity, risk factors, logistic regression.

*Corresponding author

Email: drlinhcm78@gmail.com Phone: (+84) 918601231 <https://doi.org/10.52163/yhc.v67iCD2.4425>



TỶ LỆ NHAU TIỀN ĐẠO VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở THAI PHỤ SINH TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI TỈNH CÀ MAU GIAI ĐOẠN 2023–2024

Huỳnh Ngọc Linh^{1*}, Nguyễn Việt Trí², Nguyễn Thế Tần¹, Phan Thị Ngọc Diễm¹

¹Trường Cao đẳng Y tế Cà Mau - 146 Nguyễn Trung Trực, phường Lý Văn Lâm, tỉnh Cà Mau, Việt Nam

²Bệnh viện Sản Nhi Cà Mau, 85, Lý Thường Kiệt, phường Tân thành, tỉnh Cà Mau

Ngày nhận bài: 23/12/2025

Ngày chỉnh sửa: 03/01/2026; Ngày duyệt đăng: 25/02/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ nhau tiền đạo và các yếu tố liên quan ở thai phụ sinh tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Cà Mau giai đoạn 2023–2024.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 5.348 thai phụ sinh tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Cà Mau. Tình trạng nhau tiền đạo và các yếu tố liên quan được phân tích bằng hồi quy logistic.

Kết quả: Tỷ lệ nhau tiền đạo là 3,14%, nhau tiền đạo trung tâm chiếm tỷ lệ cao nhất (58,33%), tiếp theo là nhau bám mép (19,64%), nhau tiền đạo bán trung tâm (17,26%), nhau bám thấp (4,77%). Phân tích đa biến cho thấy các yếu tố liên quan đến nhau tiền đạo gồm: tiền sử nhau tiền đạo (ORHC = 6,13; 95%CI: 2,32–9,81; $p < 0,001$), tiền sử mổ lấy thai (ORHC = 2,38; 95% CI: 1,25–4,47; $p < 0,001$), đa sản (ORHC = 1,43; 95% CI: 1,01–2,03; $p = 0,044$), tuổi mẹ ≥ 35 (ORHC = 1,72; 95%CI: 1,24–2,40; $p = 0,001$) và tiền sử nạo phá thai (ORHC = 1,62; 95%CI: 1,13–2,34; $p = 0,009$).

Kết luận: Tỷ lệ nhau tiền đạo trung tâm ở mức tương đối cao. Tiền sử sản khoa, đặc biệt là tiền sử nhau tiền đạo và mổ lấy thai, là các yếu tố nguy cơ quan trọng, cho thấy sự cần thiết của việc sàng lọc nguy cơ và theo dõi chặt chẽ thai phụ có yếu tố nguy cơ cao.

Từ khóa: nhau tiền đạo, mổ lấy thai, đa sản, yếu tố nguy cơ, hồi quy logistic.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhau tiền đạo là một trong những nguyên nhân thường gặp gây xuất huyết trước sinh trong ba tháng cuối thai kỳ. Theo các tổng quan y văn, tỷ lệ nhau tiền đạo chiếm khoảng 0,5–1% tổng số thai kỳ, tương đương 4–6 trường hợp trên 1.000 ca sinh, với xu hướng gia tăng trong những thập niên gần đây [1], [2]. Sự gia tăng này được ghi nhận có liên quan đến tuổi mẹ ngày càng cao và tỷ lệ mổ lấy thai ngày càng tăng. Nhau tiền đạo còn là yếu tố nguy cơ hàng đầu của rau cài răng lược, đặc biệt ở những thai phụ có tiền sử mổ lấy thai, làm gia tăng đáng kể nguy cơ cắt tử cung và tử vong mẹ [5], [6].

Nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước cho thấy các yếu tố liên quan thường gặp của nhau tiền đạo bao gồm tuổi mẹ ≥ 35 , đa sản, tiền sử mổ lấy thai, nạo phá thai và tiền sử nhau tiền đạo [1], [7]. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu “Tỷ lệ nhau tiền đạo và các yếu tố liên quan ở thai phụ sinh tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Cà Mau giai đoạn 2023–2024” với hai mục tiêu: (1) xác định tỷ lệ nhau tiền đạo; (2) phân tích mối liên quan giữa một số yếu tố sản khoa và tình trạng nhau tiền đạo.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Sản Nhi Cà Mau, từ tháng 01/2023 đến tháng 12/ 2024.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là thai phụ đến sinh tại Bệnh viện Sản Nhi Cà Mau.

Tiêu chí chọn mẫu: Thai phụ sinh tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Cà Mau trong thời gian từ tháng 01 năm 2023 đến tháng 12 năm 2024.

Tiêu chí loại trừ: Thai phụ hoặc thân nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu; hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin cần thiết.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu gồm 5348 thai phụ, được chọn theo phương pháp chọn mẫu toàn bộ trong thời gian nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn sẽ được đưa vào phân tích.

2.5. Biến số nghiên cứu

Đặc điểm chung của thai phụ: Ghi nhận tuổi mẹ (< 35 và ≥ 35), số lần sinh, tình trạng đa sản (≥ 2 lần sinh), tiền sử mổ lấy thai, số lần mổ lấy thai, tiền sử nạo phá thai, tiền sử viêm nhiễm cổ tử cung và tiền sử nhau tiền đạo.

Đặc điểm nhau tiền đạo: Ghi nhận tình trạng nhau tiền đạo (có/không) được chẩn đoán xác định nhau tiền đạo dựa trên siêu âm trong thai kỳ và/hoặc xác nhận trong quá trình sinh; phân loại nhau tiền đạo (nhau tiền đạo trung

*Tác giả liên hệ

Email: drlinhcm78@gmail.com Điện thoại: (+84) 918601231 <https://doi.org/10.52163/yhc.v67iCD2.4425>

tâm, bán trung tâm, nhau bám mép, nhau bám thấp). Phân loại nhau tiền đạo được xác định dựa trên siêu âm tam cá nguyệt III (≥ 28 tuần) và/hoặc xác nhận tại thời điểm sinh. Phân loại gồm: trung tâm (che hoàn toàn lỗ trong CTC), bán trung tâm (che một phần), bám mép (bờ bánh nhau chạm lỗ trong) và bám thấp (bờ bánh nhau nằm ≤ 2 cm từ lỗ trong nhưng không che lỗ).

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

Dữ liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án điện tử và hồ sơ giấy của bệnh nhân, theo phiếu thu thập số liệu được thiết kế sẵn. Việc thu thập được thực hiện bởi nhóm nghiên cứu đã được tập huấn.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập bằng phần mềm EpiData 3.1, phân tích bằng phần mềm STATA 18.0. Phân tích mối liên quan giữa các yếu tố bằng hồi quy logistic, lựa chọn biến có $p < 0,2$ đưa vào mô hình và độ phù hợp của mô hình bằng các kiểm định Hosmer–Lemeshow, sử dụng odds ratio (OR) và khoảng tin cậy 95%. Giá trị $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức của Trường Cao đẳng Y tế Cà Mau thông qua. Dữ liệu bệnh nhân được mã hóa, đảm bảo tính bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học. Bệnh nhân hoặc thân nhân được cung cấp đầy đủ thông tin và đồng ý tham gia nghiên cứu một cách tự nguyện.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung mẫu nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu (n = 5348)

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	< 35 tuổi	3.752	70,16
	≥ 35 tuổi	1.596	29,84
Đa sản (≥ 2 lần sinh)	Có	1.031	19,28
	Không	4.317	80,72
Tiền sử mổ lấy thai	Không	3407	63,71
	1 lần	1510	28,23
	≥ 2 lần	431	8,06
Tiền sử nhau tiền đạo	Có	97	1,81
	Không	5.251	98,19
Tiền sử nạo phá thai	Có	912	17,05
	Không	4.436	82,95
Viêm nhiễm cổ tử cung	Có	747	13,97
	Không	4601	86,03

(*) phân tích trên nhóm thai phụ có tiền sử mổ lấy thai.

Nhận xét: Đa số thai phụ trong nghiên cứu dưới 35 tuổi (70,16%), tỷ lệ đa sản (19,28%). Tiền sử mổ lấy thai, nhau tiền đạo, nạo phá thai lần lượt là 36,29%; 1,81% và 17,05%.

3.2. Tỷ lệ và phân loại nhau tiền đạo

Bảng 2. Tỷ lệ và phân loại nhau tiền đạo

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tình trạng nhau tiền đạo (N=5.348)	Có	168	3,14
	Không	5180	96,86
Phân loại nhau tiền đạo (n=168)	Nhau tiền đạo trung tâm (hoàn toàn)	98	58,33
	Nhau tiền đạo bán trung tâm	29	17,26
	Nhau bám mép	33	19,64
	Nhau bám thấp	08	4,77

Nhận xét: có 168 trường hợp nhau tiền đạo, chiếm tỷ lệ 3,14%. Trong nhóm nhau tiền đạo, thể trung tâm chiếm tỷ lệ cao nhất (58,33%), tiếp theo là nhau bám mép (19,64%), nhau tiền đạo bán trung tâm (17,26%) và nhau bám thấp (4,77%).

Bảng 3. Mối liên quan giữa một số yếu tố và nhau tiền đạo

Đặc điểm	Nhau tiền đạo		OR (95%CI)	p	
	Có	Không			
Nhóm tuổi	< 35 tuổi (n=3752)	90 (2,40)	3.662 (97,60)	1,00	
	≥ 35 tuổi (n=1596)	78 (4,89)	1.518 (95,11)	2,08 (1,52–2,84)	<0,001
Đa sản (≥ 2 lần sinh)	Không (n=4317)	112 (2,59)	4.205 (97,41)	1,00	
	Có (n=1031)	56 (5,43)	975 (94,57)	2,15 (1,52–3,03)	<0,001
Tiền sử mổ lấy thai	Không (n=3407)	64 (1,88)	3.343 (98,12)	1,00	
	1 lần (n=1510)	62 (4,11)	1.448 (95,89)	2,24 (1,57–3,19)	<0,001
	≥ 2 lần (n=431)	42 (9,74)	389 (90,26)	5,64 (3,77–8,44)	<0,001
Tiền sử nhau tiền đạo	Không (n=5251)	155 (2,95)	5.096 (97,05)	1,00	
	Có (n=97)	13 (13,40)	84 (86,60)	5,08 (2,54–9,42)	<0,001
Nạo phá thai	Không (n=4436)	108 (2,43)	4.328 (97,57)	1,00	
	Có (n=912)	60 (6,58)	852 (93,42)	2,83 (2,02–3,98)	<0,001
Viêm nhiễm cổ tử cung	Không (n=4601)	136 (2,96)	4.465 (97,04)	1,00	
	Có (n=747)	32 (4,28)	715 (95,72)	1,46 (0,95–2,23)	0,08

(*) Phân tích trong nhóm thai phụ có tiền sử mổ lấy thai.

Nhận xét: Nguy cơ nhau tiền đạo cao hơn ở thai phụ ≥ 35 tuổi, đa sản, có tiền sử mổ lấy thai, đặc biệt là mổ lấy thai từ hai lần trở lên, và có tiền sử nạo phá thai ($p < 0,001$). Ngược lại, viêm nhiễm cổ tử cung chưa ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê với nhau tiền đạo ($p = 0,08$).

Bảng 4. Phân tích hồi quy logistic các yếu tố liên quan đến di căn ung thư vú

Yếu tố	OR thô (95%CI)	OR _{HC} (95%CI)	p [@]
Tuổi mẹ ≥ 35	2,08 (1,52–2,84)	1,72 (1,24–2,40)	0,001
Đa sản (≥ 2 lần sinh)	2,15 (1,52–3,03)	1,43 (1,01–2,03)	0,044
Tiền sử mổ lấy thai	2,53 (1,18–4,05)	2,38 (1,25–4,47)	<0,001
Tiền sử nhau tiền đạo	5,08 (2,54–9,42)	6,13 (2,32–9,81)	<0,001
Nạo phá thai	2,83 (2,02–3,98)	1,62 (1,13–2,34)	0,009
Viêm nhiễm cổ tử cung	1,46 (0,95–2,23)	1,21 (0,78–1,88)	0,39

ORHC: Odds Ratio sau khi phân tích hồi quy logistic đa biến
p@: giá trị p sau hiệu chỉnh đa biến

Nhận xét: Sau khi phân tích hồi quy logistic đa biến, các yếu tố vẫn có ý nghĩa thống kê với nhau tiền đạo như: tuổi mẹ, đa sản, tiền sử mổ lấy thai, trong đó tiền sử nhau tiền đạo là yếu tố liên quan mạnh nhất.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng trong nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số thai phụ thuộc nhóm tuổi dưới 35 (70,16%), trong khi nhóm ≥ 35 tuổi chiếm 29,84%. Phân bố này phù hợp với đặc điểm dân số sinh sản tại Việt Nam, đồng thời phản ánh xu hướng gia tăng tỷ lệ mang thai muộn, vốn được xem là yếu tố nguy cơ của nhiều biến chứng sản khoa, bao gồm nhau tiền đạo [1], [2].

Tỷ lệ đa sản (≥ 2 lần sinh) chiếm 19,28%, cho thấy chỉ có khoảng 1/5 thai phụ đã trải qua nhiều lần sinh trước đó. Tiền sử mổ lấy thai ghi nhận ở 36,29% trường hợp, trong đó mổ lấy thai từ hai lần trở lên với 431 trường hợp chiếm 8,06%. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trong và ngoài nước, cho thấy tỷ lệ mổ lấy thai ngày càng tăng và có mối liên quan chặt chẽ với các bất thường bánh nhau [5], [6].

Tiền sử nhau tiền đạo chiếm tỷ lệ thấp (1,81%), nhưng được ghi nhận là yếu tố nguy cơ quan trọng của nhau tiền đạo tái phát ở lần mang thai sau [7]. Ngoài ra, tiền sử nạo phá thai (17,05%) và viêm nhiễm cổ tử cung (13,97%) cũng là những yếu tố có thể ảnh hưởng đến nội mạc tử cung và quá trình làm tổ của bánh nhau, đã được đề cập trong y văn như các yếu tố liên quan đến nhau tiền đạo [1], [7].

4.2. Tỷ lệ nhau tiền đạo và phân loại

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ nhau tiền đạo ghi nhận là 3,14% tổng số ca sinh, cao hơn tỷ lệ chung của y văn thế giới khoảng 0,5–1% thai kỳ [1], [2]. Sự khác biệt này có thể do nghiên cứu được thực hiện tại bệnh viện tuyến tỉnh, nơi tiếp nhận nhiều thai phụ nguy cơ cao và các trường hợp chuyển tuyến, tương tự ghi nhận tại các cơ sở sản khoa ở châu Á [3], [4].

Về phân loại, nhau tiền đạo trung tâm chiếm tỷ lệ cao nhất (58,33%), tiếp theo là nhau bám mép (19,64%), nhau tiền đạo bán trung tâm (17,26%) và nhau bám thấp là 4,77%.

Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước, trong đó thể trung tâm thường chiếm khoảng 50–65% các trường hợp nhau tiền đạo [2], [8]. Điều này cho thấy vai trò của chẩn đoán sớm thai.

4.3 Mối liên quan giữa tình trạng nhau tiền đạo và một số yếu tố ở thai phụ

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ nhau tiền đạo cao hơn rõ rệt ở nhóm thai phụ ≥ 35 tuổi so với nhóm < 35 tuổi, với nguy cơ tăng 2,08 lần (OR = 2,08; 95%CI: 1,52–2,84; p < 0,001). Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước, trong đó tuổi mẹ cao được xem là yếu tố nguy cơ quan trọng của nhau tiền đạo, liên quan đến những thay đổi của nội mạc tử cung cũng như sự tích lũy các can thiệp sản khoa theo thời gian [1], [2].

Đa sản (≥ 2 lần sinh) có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với nhau tiền đạo, làm tăng nguy cơ hơn 2 lần so với nhóm không đa sản (OR = 2,15; 95%CI: 1,52–3,03; p < 0,001). Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu tại Việt Nam và khu vực châu Á, cho thấy đa sản làm tăng nguy cơ bất thường vị trí bám của bánh nhau do thay đổi cấu trúc và khả năng tái tạo của nội mạc tử cung sau nhiều lần mang thai và sinh nở [3], [4].

Liên quan đến tiền sử mổ lấy thai, nghiên cứu ghi nhận nguy cơ nhau tiền đạo tăng dần theo số lần mổ lấy thai, thể hiện mối quan hệ liều–đáp ứng rõ rệt. So với nhóm không mổ lấy thai, nhóm mổ 1 lần có nguy cơ nhau tiền đạo tăng hơn 2 lần (OR = 2,24; 95%CI: 1,57–3,19; p < 0,001), trong khi nhóm mổ từ 2 lần trở lên có nguy cơ cao gấp hơn 5 lần (OR = 5,64; 95%CI: 3,77–8,44; p < 0,001). Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu quốc tế, cho thấy tổn thương sẹo tử cung và sự thay đổi cấu trúc nội mạc tại vị trí sẹo mổ có vai trò quan trọng trong cơ chế bệnh sinh của nhau tiền đạo và các rối loạn bám nhau, bao gồm rau cài răng lược [5], [6].

Tiền sử nhau tiền đạo là yếu tố liên quan mạnh nhất trong các yếu tố được phân tích, với nguy cơ tái phát cao gấp 5,08 lần so với nhóm không có tiền sử (OR = 5,08; 95%CI: 2,54–9,42; p < 0,001). Kết quả này phù hợp với y văn khi nhiều nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ tái phát nhau tiền đạo ở lần mang thai sau dao động từ 20–40%, đặc biệt ở các thai phụ có kèm tiền sử mổ lấy thai [7].

Ngoài ra, tiền sử nạo phá thai cũng làm tăng nguy cơ nhau tiền đạo lên 2,83 lần (OR = 2,83; 95%CI: 2,02–3,98; p < 0,001), có thể do tổn thương nội mạc tử cung và quá trình sửa chữa không hoàn toàn ảnh hưởng đến vị trí làm tổ của bánh nhau [1], [8]. Riêng viêm nhiễm cổ tử cung chưa ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê với nhau tiền đạo (OR = 1,46; 95%CI: 0,95–2,23; p = 0,08), cho thấy vai trò của yếu tố này có thể không rõ ràng hoặc bị chi phối bởi các yếu tố sản khoa khác.

4.4. Phân tích hồi quy logistic giữa nhau tiền đạo và các yếu tố liên quan

Phân tích hồi quy logistic cho thấy nhiều yếu tố liên quan độc lập đến nguy cơ nhau tiền đạo. Trong số các yếu tố được phân tích, tiền sử nhau tiền đạo là yếu tố liên quan mạnh nhất, làm tăng nguy cơ nhau tiền đạo hơn 6 lần so với nhóm không có tiền sử (ORHC = 6,13; 95%CI: 2,32–9,81; p < 0,001). Kết quả này phù hợp với y văn khi nguy cơ tái phát nhau tiền đạo ở lần mang thai sau được ghi nhận ở mức cao [7].

Tiền sử mổ lấy thai cũng là yếu tố liên quan quan trọng, làm tăng nguy cơ nhau tiền đạo hơn 2 lần so với nhóm không mổ lấy thai (ORHC=2,38; 95%CI: 1,25–4,47; $p < 0,001$). Kết quả này cho thấy vai trò của sẹo tử cung trong bất thường vị trí bám của bánh nhau [5], [6]. Kết quả này nhấn mạnh vai trò của sẹo tử cung và tổn thương nội mạc tích lũy trong bất thường vị trí bám của bánh nhau, phù hợp với các nghiên cứu trước đây về mối liên quan liều–đáp ứng giữa số lần mổ lấy thai và nguy cơ nhau tiền đạo cũng như rau cài răng lược [5], [6].

Ngoài ra, đa sản và tuổi mẹ ≥ 35 cũng là các yếu tố liên quan có ý nghĩa, với ORHC lần lượt là 1,43 ($p = 0,044$) và 1,72 ($p = 0,001$). Tiền sử nạo phá thai làm tăng nguy cơ nhau tiền đạo và có ý nghĩa thống kê (ORHC = 1,62; $p = 0,005$). Các kết quả này cho thấy nhau tiền đạo là bệnh lý đa yếu tố, chịu ảnh hưởng tổng hợp của tuổi mẹ, tiền sử sản khoa và các can thiệp tử cung trước đó [1], [2].

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ nhau tiền đạo ở thai phụ sinh tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Cà Mau giai đoạn 2023–2024 là 3,14%. Trong các thể nhau tiền đạo, nhau tiền đạo trung tâm chiếm tỷ lệ cao nhất (58,33%), tiếp theo là nhau bám mép (19,64%), nhau tiền đạo bán trung tâm (17,26%) và nhau bám thấp (4,77%).

Phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy một số yếu tố liên quan đến nhau tiền đạo có ý nghĩa thống kê gồm: tiền sử nhau tiền đạo (ORHC =6,13), tiền sử mổ lấy thai (ORHC =2,38), đa sản (ORHC =1,43), tuổi mẹ ≥ 35 (ORHC =1,72) và tiền sử nạo phá thai (ORHC=1,62), với p đều $< 0,05$.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Faiz, A. S., & Ananth, C. V. (2003). Etiology and risk factors for placenta previa: An overview and meta-analysis. *Obstetrics & Gynecology*, 102(4), pp:755-765. <https://doi.org/10.1080/jmf.13.3.175.190>.

[2] Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M., & Spong, C. Y. (2022). *Williams obstetrics* (26th ed.). McGraw-Hill Education.

[3] Lâm, Đức Tâm, Lý, T. M. T., & Phạm, Đ. L. (2023). Tỷ lệ và một số yếu tố nguy cơ của nhau tiền đạo tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ năm 2019–2021. *Tạp chí Phụ sản*, 21(3), 15–21. <https://doi.org/10.46755/vjog.2023.3.1617>

[4] Trương, T. L. G., & Trần, T. M. C. (2023). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố liên quan của nhau tiền đạo tại Bệnh viện Trường Đại học Y – Dược Huế. *Tạp chí Phụ sản*, 21(3), 22–27. <https://doi.org/10.46755/vjog.2023.3.1614>

[5] Silver, R. M., Landon, M. B., Rouse, D. J., Leveno, K. J., Spong, C. Y., Thom, E. A., ... Caritis, S. N. (2006). Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries. *Obstetrics & Gynecology*, 107(6), 1226–1232. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000219750.79480.84>

[6] Jauniaux, E., Ayres-de-Campos, D., Langhoff-Roos, J., Fox, K. A., & Collins, S. (2018). FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders: Epidemiology. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 140(3), 265–273. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12407>

[7] Ananth, C. V., Smulian, J. C., & Vintzileos, A. M. (2003). The association of placenta previa with history of cesarean delivery and abortion: A meta-analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 188(5), 1299–1307. <https://doi.org/10.1067/mob.2003.328>.

[8] Sahu, S. A., & Shrivastava, D. (2024). Maternal and perinatal outcomes in placenta previa: A comprehensive review of evidence. *Cureus*, 16(5), e59737. <https://doi.org/10.7759/cureus.59737>