

FACTORS ASSOCIATED WITH VERY PRETERM AND EXTREMELY PRETERM INFANTS AT THAI NGUYEN CENTRAL HOSPITAL

Nguyen Thi Tam¹, Nguyen Mai Huong², Nguyen Thi Hien³

¹Department of Pediatrics, Vinmec Times City International Hospital, Vinmec Healthcare System – 458 Minh Khai Street, Vinh Tuy, Hanoi, Vietnam.

²YK 14-01 Class, Dai Nam University, Hanoi, Vietnam

³Department of Family Medicine, Thai Nguyen University of Medicine and Pharmacy– 284 Luong Ngoc Quyen Street, Thai Nguyen, Vietnam.

Received: 04/03/2026

Revised: 17/04/2026; Accepted: 04/06/2026

SUMMARY

Objective: To analyze factors associated with very preterm and extremely preterm birth among preterm infants at Thai Nguyen Central Hospital.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 110 preterm infants (<37 weeks of gestation) at the Pediatric Center, Thai Nguyen Central Hospital.

Results: Maternal age ≥ 35 years, educational level at or below high school, and occupations such as farmers/workers were significantly associated with an increased risk of very preterm and extremely preterm birth (<32 weeks) ($p < 0.05$). Obstetric factors including ≤ 1 pregnancy, assisted conception, history of preterm birth, history of miscarriage/induced abortion, and maternal medical history were also significantly associated with very preterm and extremely preterm birth ($p < 0.05$).

Conclusion: Very preterm and extremely preterm birth are significantly associated with multiple maternal and obstetric risk factors. These findings highlight the importance of screening, monitoring, and management of high-risk pregnancies.

Keywords: Neonates, preterm birth, associated factors, extremely preterm, very preterm

*Corresponding author

Email: Hiennguyentn92@gmail.com Phone: (+84) 392264210 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD6.5329

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN SƠ SINH RẤT NON VÀ CỰC NON TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Nguyễn Thị Tâm¹, Nguyễn Mai Hương², Nguyễn Thị Hiền³

¹Khoa Nhi, Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City, Vinmec Healthcare System - 458 Minh Khai, Vĩnh Tuy, Hà Nội, Việt Nam

²Lớp YK 14-01 - Trường Đại học Đại Nam - Số 1, Phố Xóm, Phường Phú Lương, TP. Hà Nội, Việt Nam

³Bộ môn Y học gia đình, Trường Đại học Y dược, Đại học Thái Nguyên - 284 Lương Ngọc Quyến, tỉnh Thái Nguyên, Việt Nam

Ngày nhận bài: 04/03/2026

Ngày chỉnh sửa: 17/04/2026; Ngày duyệt đăng: 04/06/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích một số yếu tố liên quan đến sinh rất non, cực non trong nhóm trẻ sinh non tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 110 trẻ sinh non tháng (< 37 tuần) tại Trung Tâm Nhi Khoa, Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên.

Kết quả: Tuổi mẹ từ 35 tuổi trở lên, trình độ học vấn từ trung học phổ thông (THPT) trở xuống và nghề nghiệp nông dân/công nhân có liên quan có ý nghĩa thống kê với nguy cơ sinh rất non và cực non (<32 tuần), ($p < 0,05$). Các yếu tố sản khoa như mang thai ≤ 1 lần, thụ thai hỗ trợ, tiền sử sinh non, tiền sử sảy thai/hút thai và tiền sử bệnh lý của mẹ có mối liên quan đến sinh rất non, cực non ($p < 0,05$).

Kết luận: Nghiên cứu cho thấy sinh rất non, cực non có liên quan có ý nghĩa thống kê với nhiều yếu tố nguy cơ từ phía mẹ và tiền sử sản khoa. Kết quả nhấn mạnh vai trò của việc sàng lọc, theo dõi và quản lý thai kỳ nguy cơ cao.

Từ khóa: Sơ sinh, non tháng, mối liên quan, cực non, rất non

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sinh non là một trong những vấn đề y tế toàn cầu có ý nghĩa lớn đối với sức khỏe cộng đồng, đặc biệt trong lĩnh vực sơ sinh và nhi khoa. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), mỗi năm có khoảng 13–15 triệu trẻ sinh non, chiếm gần 10% tổng số ca sinh sống trên toàn thế giới, và biến chứng liên quan đến sinh non hiện là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở trẻ dưới 5 tuổi, chiếm gần 1 triệu ca tử vong mỗi năm [1]. Không chỉ làm tăng nguy cơ tử vong sơ sinh, sinh non còn liên quan đến nhiều hậu quả lâu dài như suy hô hấp mạn tính, rối loạn phát triển thần kinh, bại não, suy giảm nhận thức và tăng nguy cơ bệnh lý mạn tính ở tuổi trưởng thành [2]. Gánh nặng của sinh non vì vậy không chỉ dừng lại ở giai đoạn chu sinh mà còn kéo dài suốt vòng đời, ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng dân số và chi phí y tế xã hội. Nguyên nhân sinh non rất đa yếu tố, bao gồm các yếu tố từ mẹ, thai và môi trường. Các nghiên cứu quốc tế đã chỉ ra nhiều yếu tố nguy cơ như nhiễm trùng thai kỳ, tiền sản giật, đái tháo đường thai kỳ, đa thai, tiền sử sinh non, khoảng cách sinh ngắn, stress tâm lý, tình trạng dinh dưỡng kém và tiếp cận chăm sóc trước sinh hạn chế [3]. Ngoài ra, các yếu tố can thiệp y khoa như chấm dứt thai kỳ có chỉ định vì bệnh lý mẹ hoặc thai cũng góp phần làm tăng tỷ lệ sinh non trong bối cảnh y học hiện đại [4]. Tại các nước đang phát triển, sinh non còn chịu ảnh hưởng của điều kiện kinh tế – xã hội, sự khác biệt trong chất lượng chăm sóc tiền sản và khả năng tiếp cận dịch vụ y tế, dẫn đến sự khác

biệt đáng kể giữa các khu vực [5]. Tại Việt Nam, tỷ lệ sinh non ước tính dao động từ 7–10%, tương đương khoảng 120.000–150.000 trẻ mỗi năm, và vẫn là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong sơ sinh. Một số nghiên cứu trong nước cho thấy các yếu tố liên quan đến sinh non tương tự xu hướng toàn cầu, tuy nhiên có sự khác biệt giữa các vùng miền do điều kiện kinh tế, mô hình bệnh tật và hệ thống chăm sóc sức khỏe khác nhau [6]. Đặc biệt tại khu vực trung du và miền núi phía Bắc, nơi còn tồn tại nhiều khó khăn về tiếp cận dịch vụ y tế, nhận thức chăm sóc thai kỳ và điều kiện kinh tế xã hội, sinh non có thể chịu ảnh hưởng bởi các yếu tố đặc thù như quản lý thai nghén chưa đầy đủ, tỷ lệ thai phụ nguy cơ cao cao và chuyển tuyến muộn. Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên là cơ sở y tế tuyến cuối của khu vực trung du miền núi phía Bắc, tiếp nhận số lượng lớn thai phụ và trẻ sơ sinh từ nhiều tỉnh lân cận. Với vai trò là trung tâm điều trị và đào tạo, bệnh viện có đặc điểm quần thể bệnh nhân đa dạng, bao gồm nhiều trường hợp thai kỳ nguy cơ cao. Tuy nhiên, các nghiên cứu chuyên sâu về yếu tố liên quan đến sinh non tại khu vực này còn hạn chế, chủ yếu dừng lại ở mô tả đặc điểm lâm sàng hoặc kết cục điều trị, trong khi dữ liệu về các yếu tố nguy cơ liên quan còn thiếu và chưa được cập nhật đầy đủ. Xuất phát từ thực tiễn đó, chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu “**Một số yếu tố liên quan đến sơ sinh rất non và cực non tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên**”.

*Tác giả liên hệ

Email: Hiennguyentn92@gmail.com Điện thoại: (+84) 392264210 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD6.5329

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

Từ tháng 01/2025 – tháng 12/2025 tại Trung Nhi khoa, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

2.2. Đối tượng nghiên cứu:

110 trẻ sinh non tháng (< 37 tuần) điều trị tại Bệnh Viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 1/2025 đến tháng 12/2025 và các bà mẹ của trẻ.

* **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Trẻ sinh non tháng (< 37 tuần) theo tiêu chuẩn của WHO [7]:

* **Tiêu chuẩn loại trừ:** Trẻ sinh non tháng (<37 tuần) nằm theo dõi ≤ 2 ngày không có can thiệp; Hồ sơ bệnh án không đủ các chỉ số, biến số cần cho nghiên cứu.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện. Có 110 trẻ đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu

2.5. Công cụ thu thập số liệu:

Dữ liệu nghiên cứu được thu thập thông qua phiếu thu thập thông tin do nhóm nghiên cứu thiết kế thống nhất, dựa trên mục tiêu nghiên cứu và cấu trúc bệnh án chuẩn của khoa Sơ sinh. Phiếu được xây dựng dưới dạng bảng biểu với các biến số đã được mã hóa sẵn nhằm bảo đảm tính nhất quán và giảm thiểu sai lệch trong quá trình ghi nhận. Tất cả thông tin được trích xuất trực tiếp từ hồ sơ bệnh án của trẻ tại thời điểm nhập viện và trong suốt thời gian điều trị. Trước khi triển khai thu thập chính thức, công cụ thu thập số liệu đã được rà soát và điều chỉnh để đảm bảo tính đầy đủ, rõ ràng và phù hợp với thực hành lâm sàng.

2.6. Nội dung nghiên cứu:

Đặc điểm chung của bà mẹ; một số yếu tố liên quan đến sinh non ở trẻ. Phân loại mức độ trẻ sinh non tháng [9] sinh non muộn: từ 34 tuần đến 36 tuần 6 ngày; Sinh non vừa: 32 đến < 34 tuần; Sinh rất non: từ 28 đến < 32 tuần; Sinh cực non: < 28 tuần.

2.7. Phương pháp phân tích và xử lý số liệu

Số liệu sau khi thu thập được làm sạch và nhập liệu bằng phần mềm Epi Data; Sử dụng phần mềm SPSS 26.0 để phân tích số liệu.

2.8. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Khoa học và Y đức của trường Đại học Y-Dược, Đại học Thái Nguyên và sự đồng ý của Ban Giám Đốc của Bệnh Trung Ương Thái Nguyên.

3. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm chung về mẹ của trẻ sinh non (n=110)

Đặc điểm		Tần số (n=110)	Tỷ lệ (%)
Tuổi mẹ	Từ 18 đến 25 tuổi	10	9,1
	Từ 26 đến 34 tuổi	65	59,1
	Từ 35 tuổi trở lên	35	31,8

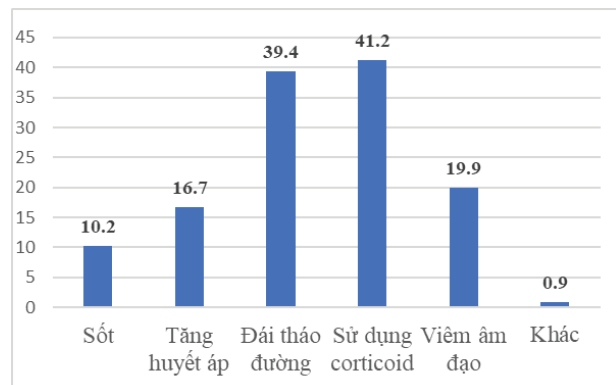
Đặc điểm		Tần số (n=110)	Tỷ lệ (%)
Dân tộc	Kinh	85	77,3
	Khác	25	22,7
Trình độ học vấn	THPT	41	37,3
	Cao đẳng, đại học	37	33,6
	Trên đại học	32	29,1
Nghề nghiệp	Nông dân	7	6,4
	Công nhân	23	20,9
	Trí thức	41	37,3
	Kinh doanh	28	25,4
	Khác	11	10,0

Nhận xét: Độ tuổi chiếm đa số 26-34 tuổi (59,1%). Trình độ học vấn của người mẹ chủ yếu là THPT 37,3%. Nghề nghiệp chủ yếu là trí thức chiếm 37,3%.

Bảng 2. Đặc điểm về tiền sử sinh sản của mẹ trẻ sinh non (n=110)

Đặc điểm		Tần số (n=110)	Tỷ lệ (%)
Lần mang thai	Lần đầu	48	43,6
	Lần thứ hai	27	24,5
	Sau hai lần	35	31,8
Tiền sử sinh non	Có	32	29,1
	Không	78	70,9
Tiền sử sảy thai	Có	16	14,5
	Không	94	85,5
Phương pháp thụ thai	Tự nhiên	75	68,2
	Hỗ trợ	35	31,8

Nhận xét: Có 43,6% sinh con đầu lòng. Con thứ 2 chiếm 24,5%, sinh con lần thứ 3 chiếm 31,8%. Phương pháp thụ thai chủ yếu ở những bà mẹ sinh non là tự nhiên chiếm 68,2%; tiền sử sinh non 29,1%; tiền sử sảy thai 14,5%; hỗ trợ sinh sản chiếm 31,8%.



Biểu đồ 1. Đặc điểm về tiền sử bệnh của mẹ trẻ sinh non (n=110)

Nhận xét: Trong nghiên cứu có 45,5% có tiền sử bệnh của mẹ, trong đó 10,2% trường hợp có biểu hiện sốt trước sinh, 16,7% trường hợp mắc tăng huyết áp, 39,4% trường hợp mắc đái tháo đường, 41,2% trường hợp sử dụng corticoid trước sinh, 19,9% đối tượng mắc viêm âm đạo và 0,9% trường hợp mắc bệnh lý khác.

Trong nghiên cứu thấy: tỷ lệ trẻ sinh non muộn chiếm tỷ lệ cao nhất 64,5%; non vừa 19,1%; rất non 9,1% và cực non là 7,3%.

Bảng 3. Một số đặc điểm của mẹ liên quan đến sinh non rất sớm (<32 tuần) so với sinh non 32–34 tuần (n=39)

Đặc điểm		Trẻ sơ sinh		OR 95%CI	p
		<32 tuần	32-34 tuần		
Tuổi mẹ	≥ 35 tuổi (n=18)	13 (72,2%)	5 (27,8%)	7,3 (2,1-24,9)	0,001
	<35 tuổi (n=21)	5 (23,8%)	16 (76,2%)		
Trình độ học vấn	≤THPT (n=17)	11 (64,7%)	6 (35,3%)	4,1 (1,3-12,8)	0,013
	>THPT (n=21)	7 (33,3%)	14 (66,7%)		
Nghề nghiệp	Nông dân, công nhân (n=18)	11 (61,1%)	7 (38,9%)	4,3 (1,3-13,9)	0,012
	Khác (n=21)	6 (28,6%)	15 (71,4%)		

Nhận xét: Có mối liên quan giữa tuổi mẹ, trình độ học vấn, nghề nghiệp với sinh non vừa, và rất non, cực non. Mẹ có độ tuổi từ 35 tuổi trở lên, trình độ học vấn dưới THPT, nghề nghiệp nông dân có tỷ lệ trẻ sơ sinh rất non, cực non cao hơn nhóm đối tượng còn lại

Bảng 4. Một số đặc điểm tiền sử mẹ liên quan đến sinh non rất sớm (<32 tuần) so với sinh non 32–34 tuần (n=39)

Đặc điểm		Trẻ sơ sinh		OR 95%CI	p
		<32 tuần	32-34 tuần		
Số lần mang thai	≤ 1	14 (66,7%)	7 (33,3%)	4,0 (1,3-12,2)	0,013
	>1	4 (22,2%)	14 (77,8%)		
Phương pháp thụ thai	Hỗ trợ	12 (70,6%)	5 (29,4%)	7,3 (2,1-24,9)	0,001
	Tự nhiên	6 (27,3%)	16 (69,7%)		
Tiền sử sinh non	Có	13 (65,0%)	7 (35,0%)	4,3 (1,3-13,9)	0,012
	Không	5 (26,3%)	14 (73,7%)		
Tiền sử sảy thai/hút thai	Có	12 (66,7%)	6 (33,3%)	4,0 (1,3-12,2)	0,013
	Không	6 (28,6%)	15 (71,4%)		
Tiền sử bệnh lý của mẹ	Có	10 (66,7%)	5 (33,3%)	4,2 (1,7-10,6)	0,001
	Không	8 (33,3%)	16 (84,2%)		

Nhận xét: Có mối liên quan giữa số lần mang thai, phương pháp thụ thai, tiền sử sinh non, tiền sử sảy thai/hút thai, phương pháp sinh và tình trạng bệnh lý của mẹ với sinh rất non và cực non: Mẹ có số lần mang thai ≤ 1 lần, phương pháp thụ thai hỗ trợ, tiền sử sinh non, tiền sử hút thai, tiền sử bệnh lý có tỷ lệ trẻ sơ sinh rất non, cực non cao hơn nhóm đối tượng còn lại

4. BÀN LUẬN

Mẹ có độ tuổi từ 35 tuổi trở lên có tỷ lệ trẻ sơ sinh rất non, cực non cao hơn mẹ dưới 35 tuổi. Nghiên cứu của Đỗ Thị Hồng Hạnh tuổi mẹ từ 35 tuổi trở lên có nguy cơ sinh non cao hơn 3,27 lần so với mẹ có tuổi nhỏ hơn 35 [20]. Nghiên cứu của Min Jiang năm 2018 tại Trung Quốc thấy tuổi mẹ cao có liên quan đến nguy cơ sinh non cao gấp 4,47 lần (OR = 4,47, 95% CI: 3,27, 6,13) đặc biệt tỷ lệ sinh non ở phụ nữ trên 35 tuổi vẫn cao hơn đáng kể [10].

Mẹ có trình độ học vấn dưới THPT có tỷ lệ trẻ sơ sinh rất non, cực non hơn mẹ có trình độ học vấn từ THPT trở lên. Nghiên cứu của Ye Changxiang năm 2021 tại Hồ Nam Trung Quốc cho thấy trình độ học vấn của bà mẹ từ THPT trở xuống có nguy cơ sinh non với $p < 0,001$ [11]. Phụ nữ mang thai có trình độ học vấn cao có thể có xu hướng duy trì lối sống lành mạnh trước khi mang thai, có khả năng sử dụng hiệu quả các nguồn lực y tế và sức khỏe, chủ động chăm sóc thai kỳ và từ đó phát hiện kịp

thời các vấn đề trong thai kỳ. Vì vậy, đối với phụ nữ mang thai có trình độ học vấn thấp, nhận thức về nguy cơ sinh non cần được tăng cường thông qua nhiều kênh như tuyên truyền chăm sóc sức khỏe thai kỳ, nhận thức được tác hại do sinh non gây ra.

Mẹ có nghề nghiệp nông dân có tỷ lệ trẻ sơ sinh rất non, cực non cao hơn mẹ có nghề nghiệp khác. Nghiên cứu Bùi Thị Thúy năm 2014 thấy các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến sinh non là làm ruộng và làm nghề khác (nghề tự do) có tỷ lệ sinh non tương ứng cao gấp 6,9 lần và 2,28 lần so với mẹ là cán bộ, viên chức [12]. Nghiên cứu Nguyễn Văn Phong: nhóm mẹ là công nhân và nông dân chiếm tỷ lệ cao hơn so với nhóm mẹ công chức văn phòng (OR = 1,22 và 2,10); mẹ bị tiền sản giật, sản giật, các bệnh nhiễm khuẩn toàn thân, bệnh tim có tỷ lệ sinh non cao hơn so với nhóm mẹ không bị bệnh (OR = 4,5; 1,12 và 1,28).

Mẹ có phương pháp sinh hỗ trợ có tỷ lệ trẻ sơ sinh rất non, cực non cao hơn mẹ có phương pháp sinh tự nhiên. Nghiên cứu của P Cavorotto và cộng sự năm 2018 phân tích dữ liệu thô gộp cho thấy tỷ lệ sPTB < 37 tuần ở những ca mang thai đơn thai IVF/ICSI tăng đáng kể so với những ca thụ thai tự nhiên (810/8044 (10,1%) so với 2932/53 633 (5,5%); tỷ lệ chênh lệch (OR), 1,75; 95% CI, 1,50-2,03; I² = 39%). Phân tích nhóm phụ của các nghiên cứu phù hợp với độ tuổi và số lần sinh của mẹ đã xác nhận phát hiện này (OR, 1,63; KTCB 95%, 1,30-2,05; I² = 33%). Phân tích thô gộp các kết quả thứ cấp cho thấy tỷ lệ sinh non < 34 tuần tăng đáng kể ở những thai kỳ thụ thai sau IVF/ICSI so với những thai kỳ thụ thai tự nhiên (37/1012 (3,6%) so với 24/1107 (2,2%); OR, 1,78; KTCB 95%, 1,03-3,08; I² = 6%) và không cho thấy bất kỳ sự khác biệt đáng kể nào đối với bất kỳ kết quả thứ cấp nào khác được phân tích. Chất lượng bằng chứng, được đánh giá bằng tiêu chí GRADE, là thấp đối với kết quả sinh non < 37 tuần và rất thấp đối với sinh non < 34 tuần [13]. Điều này có thể giải thích rằng khi sàng lọc kết hợp tam cá nguyệt đầu tiên ở thai kỳ IVF/ICSI thu được sau khi chuyển phôi tươi cho thấy nồng độ β-human chorionic gonadotropin tự do tăng lên và protein huyết tương liên quan đến thai kỳ-A giảm [14]. Các dấu ấn sinh học này chỉ ra tình trạng nhau thai bất thường và có thể là tiền chất sinh hóa của các kết quả bất thường được mô tả trong thai kỳ IVF/ICSI. Chuyển phôi nang cũng liên quan đến việc đo độ mờ da gáy tăng lên, có thể là do sự chậm trễ trong quá trình hình thành phôi hoặc nhau thai [15]. Những bất thường nhẹ về chức năng nhau thai dẫn đến tình trạng thiếu oxy ở thai nhi hoặc tình trạng viêm nhau thai mãn tính có thể góp phần gây ra sinh non, đặc biệt là ở nhóm IVF/ICSI, trong đó bệnh nhân có nguy cơ suy nhau thai cao hơn [16]. Trong các chu kỳ phôi tươi, nguy cơ rối loạn chức năng nhau thai cao hơn và kết quả của chúng tôi cho thấy nguy cơ mắc sinh non luôn cao hơn ở nhóm phụ. Do đó, chúng tôi tin rằng sự phát triển của nhau thai đóng vai trò chính trong quá trình sinh bệnh của sinh non ở thai kỳ IVF/ICSI.

Mẹ có tiền sử sinh non có tỷ lệ trẻ sơ sinh rất non, cực non cao hơn so với mẹ không có tiền sử sinh non. Nghiên cứu của Érica Cesário Defilipo năm 2022 thấy nguy cơ sinh non cao nhất có liên quan đến việc bà mẹ từng sinh non trước đó (OR 3,98; 95%CI 2,04–7,79; $p < 0,00$) [17]. Nghiên cứu của Min Jiang và cộng sự năm 2018 tại Trung Quốc thấy tỷ lệ phụ nữ có thai trước đó hoặc từng sinh con trước đó trong nhóm sinh non cao hơn đáng kể so với nhóm đối chứng ($p = 0,000$). Phân tích dữ liệu về phá thai trước đó cho thấy tiền sử phá thai của mẹ phổ biến hơn đáng kể ở nhóm sinh non ($p = 0,000$) [10]. Nghiên cứu Bùi Thị Thúy năm 2014 thấy các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến sinh non là mẹ có tiền sử sinh non thì nguy cơ sinh non lần tiếp theo tăng lên 4,02 lần so với mẹ không có tiền sử sinh non [12]. Nghiên cứu của

Đỗ Thị Hồng Hạnh khi tìm hiểu một số yếu tố nguy cơ trên sản phụ sinh non tại khoa Phụ sản bệnh viện Bạch Mai năm 2014 cho thấy: mẹ có tiền sử sinh non làm tăng nguy cơ sinh non gấp 9,83 lần so với mẹ không có tiền sử sinh non. Nguyên nhân dẫn đến kết quả này có thể là do khi xảy ra biến chứng khi mang thai, nguồn cung cấp máu và cân bằng nội môi của bà bầu và thai nhi bị thay đổi. Khi sự an toàn tính mạng của mẹ và thai nhi có thể bị đe dọa, các biện pháp chấm dứt thai kỳ sớm bằng cách sinh con sẽ được thực hiện. em bé. Vì vậy, đối với những phụ nữ mang thai có tiền sử sảy thai bất lợi hoặc biến chứng khi mang thai thì các chỉ số sinh lý, sinh hóa cần được quan tâm và điều trị kịp thời để giảm tỷ lệ sinh non.

Mẹ có tiền sử hút thai có tỷ lệ trẻ sơ sinh rất non, cực non cao hơn mẹ không có tiền sử. Nghiên cứu Bùi Thị Thủy năm 2014 thấy các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến sinh non là mẹ có tiền sử sảy thai, nạo thai nguy cơ sinh non tăng 2,2 lần và 2,36 lần so với mẹ không có tiền sử sảy thai, nạo thai [12]. Ngoài ra, một số phụ nữ đa thai đã mổ lấy thai sẽ làm tăng nguy cơ sinh non ở mức độ nhất định khi mang thai lần nữa. Sự giãn nở của cổ tử cung và nong niêm mạc tử cung bằng dụng cụ trong phá thai nhân tạo có thể có tác động xấu đến nội mạc tử cung hoặc chức năng cổ tử cung, dẫn đến tăng tỷ lệ sinh non ở những lần mang thai tiếp theo [18]. Nội mạc tử cung của phụ nữ mang thai sau phá thai nhân tạo có thể bị nhiễm trùng trong quá trình hồi phục, điều này có thể làm tăng nguy cơ sinh non [19].

Mẹ có tiền sử bệnh lý có tỷ lệ trẻ sơ sinh rất non, cực non cao hơn so với mẹ không có tiền sử bệnh lý. Nghiên cứu của Gustaaf A.D về nguy cơ gây sinh non cho rằng: hút thuốc gây tăng nguy cơ sinh non với tỷ lệ mẹ hút thuốc trong nhóm sinh non cao nhất 22,9% so với 10,6% ở trẻ không ĐN ($p < 0,05$); tiền sử mẹ đẻ trẻ sơ sinh cân nặng sơ sinh thấp là yếu tố nguy cơ lớn nhất: tăng gấp 5 lần; mẹ mắc đái tháo đường nguy cơ sinh non tăng gấp đôi; mẹ bị tăng huyết áp, tiền sản giật tăng nguy cơ sinh non 9,65 lần (95% CI 2,5 - 37,1) [3]. Nghiên cứu Bùi Thị Thủy năm 2014 thấy các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến sinh non là mẹ có tiền sản giật, cao huyết áp có nguy cơ sinh non tăng gấp 4,62 lần so với mẹ không mắc bệnh [12].

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy sinh rất non, cực non có liên quan có ý nghĩa thống kê với nhiều yếu tố nguy cơ từ phía mẹ và tiền sử sản khoa. Kết quả nhấn mạnh vai trò của việc sàng lọc, theo dõi và quản lý thai kỳ nguy cơ cao.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] World Health Organization, Born too soon: decade of action on preterm birth. World Health Organization, 2023.
- [2] Hannah Blencowe et al., "National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications," (in eng), The lancet, vol. 379, no. 9832, pp. 2162-2172, 2012. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60820-4
- [3] Robert L Goldenberg et al., "Epidemiology and causes of preterm birth," (in eng), The lancet, vol. 371, no. 9606, pp. 75-84, 2018. doi: 10.1016/S0140-6736(08)60074-4
- [4] Marie Delnord and Jennifer Zeitlin, "Epidemiology of late preterm and early term births—An international perspective," in Seminars in Fetal and Neonatal Medicine, 2019, vol. 24, no. 1, pp. 3-10: Elsevier. doi: 10.1016/j.siny.2018.09.001
- [5] Saifon Chawanpaiboon et al., "Global, regional, and national estimates of levels of preterm birth in 2014: a systematic review and modelling analysis," (in eng), The Lancet global health, vol. 7, no. 1, pp. e37-e46, 2019. doi: 10.1016/S2214-109X(18)30451-0.
- [6] Nguyễn Hồng Được et al., "Đặc điểm bệnh tật và một số yếu tố liên quan ở trẻ sơ sinh non tháng dưới 34 tuần tuổi thai," (in vi), Tạp chí Y học Việt Nam, vol. 542, no. 1, 2024. <https://doi.org/10.51298/vmj.v542i1.10997>
- [7] (2015). Quyết định số 315/QĐ-BYT Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Sản Phụ khoa.
- [8] Trương Thiện Tiên et al., "Tình hình sinh non tại Bệnh viện Trường Đại học Y-Dược Huế," (in vi), Tạp chí Phụ sản, vol. 22, no. 3, pp. 38-43, 2024. doi: 10.46755/vjog.2024.3.1779
- [9] Bộ Y Tế, "Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản," (in Vi), Chảy máu trong nửa đầu thai kỳ, pp. 87-91, 2016.
- [10] M. Jiang et al., "A case control study of risk factors and neonatal outcomes of preterm birth," (in eng), Taiwan J Obstet Gynecol, vol. 57, no. 6, pp. 814-818, Dec 2018. doi: 10.1016/j.tjog.2018.10.008
- [11] C. X. Ye et al., "Risk factors for preterm birth: a prospective cohort study," (in eng chi), Zhongguo Dang Dai Er Ke Za Zhi, vol. 23, no. 12, pp. 1242-1249, Dec 15 2021. 早产危险因素的前瞻性队列研究. doi: 10.7499/j.issn.1008-8830.2108015
- [12] Bùi Thị Thủy, "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến đẻ non tại bệnh viện phụ sản Thanh Hóa năm 2013-2014," Chuyên khoa II, Sản Khoa, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội, 2014
- [13] P. Cavoretto et al., "Risk of spontaneous preterm birth in singleton pregnancies conceived after IVF/ICSI treatment: meta-analysis of cohort studies," (in eng), Ultrasound Obstet Gynecol, vol. 51, no. 1, pp. 43-53, Jan 2018. doi: 10.1002/uog.18930.
- [14] Paolo Cavoretto et al., "Nuchal translucency measurement, free β -hCG and PAPP-A concentrations in IVF/ICSI pregnancies: systematic review and meta-analysis," (in eng), Prenatal diagnosis, vol. 37, no. 6, pp. 540-555, 2017. doi: 10.1002/pd.5052
- [15] P. Cavoretto et al., "First trimester combined screening test in pregnancies derived from blastocyst transfer," (in eng), Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, vol. 198, pp. 50-55, Mar 2016. doi: 10.1016/j.ejogrb.2015.12.026
- [16] J. Morales-Roselló et al., "Abnormal Middle Cerebral Artery Doppler Associates with Spontaneous Preterm Birth in Normally Grown Fetuses," (in eng), Fetal Diagn Ther, vol. 40, no. 1, pp. 41-7, 2016. doi: 10.1159/000441519.
- [17] C. Defilipo É et al., "Factors associated with premature birth: a case-control study," (in eng por), Rev Paul Pediatr, vol. 40, p. e2020486, 2022. doi: 10.1590/1984-0462/2022/40/2020486IN.
- [18] M. Lemmers et al., "Dilatation and curettage increases the risk of subsequent preterm birth: a systematic review and meta-analysis," (in eng), Hum Reprod, vol. 31, no. 1, pp. 34-45, Jan 2016. doi: 10.1093/humrep/dev274
- [19] 涂鹏程 and 裴开颜, "人工流产后早产, 低出生体重和继发不孕发生风险的研究进展," (in eng chi), 生殖医学杂志, vol. 29, no. 2, pp. 268-271, 2020. <https://doi.org/10.3389/fendo.2022.791229>