

TỈ LỆ HIỆN MẮC CỦA SINH NON VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN TỪ DŨ NĂM 2024

Lê Hữu Truyền¹, Huỳnh Yến Nhi¹, Nguyễn Trần Nhã Trúc¹, Trương Minh Trọng¹, Nguyễn Thanh Hưng², Vũ Trần Bảo Châu¹, Nguyễn Thị Thanh Thảo¹, Trần Thị Lợi^{1,*}



Use your smartphone to scan this QR code and download this article

¹Trường Đại học Khoa học Sức khỏe, Đại học Quốc Gia Thành phố Hồ Chí Minh

²Khoa Sản, Bệnh viện Từ Dũ, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Liên hệ

Trần Thị Lợi, Trường Đại học Khoa học Sức khỏe, Đại học Quốc Gia Thành phố Hồ Chí Minh

Email: ttloi@uohsvnu.edu.vn

Lịch sử

- Ngày nhận: 24-06-2025
- Ngày sửa đổi: 12-03-2026
- Ngày chấp nhận: 24-04-2026
- Ngày đăng: 14-05-2026

DOI: <https://doi.org/10.32508/vnuhcmj-hs.v7i1.670>



Check for updates

Bản quyền

© ĐHQG Tp.HCM. Đây là bài báo công bố mở được phát hành theo các điều khoản của the Creative Commons Attribution 4.0 International license.



TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Sinh non là một vấn đề quan trọng trong sản khoa, sơ sinh và toàn xã hội. Sinh non có liên quan đến bệnh suất và tử suất đáng kể ở trẻ sơ sinh, đồng thời làm tăng gánh nặng chăm sóc y tế lâu dài. Tại Việt Nam, chưa có nhiều nghiên cứu khảo sát tỉ lệ hiện mắc và các yếu tố liên quan đến sinh non.

Mục tiêu: Khảo sát tỉ lệ hiện mắc của sinh non và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện Từ Dũ năm 2024.

Phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện tại Bệnh viện Từ Dũ từ tháng 06/2024 đến tháng 12/2024. Sử dụng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống. Dữ liệu được thu thập thông qua phỏng vấn trực tiếp dựa trên bảng câu hỏi cấu trúc. Phân tích hồi quy logistic nhị phân với KTC 95% và $p < 0,05$ nhằm xác định các yếu tố liên quan.

Kết quả: Từ tháng 06/2024 đến tháng 12/2024 có 476 sản phụ tham gia nghiên cứu, tỉ lệ sinh non là 9,5%. Các yếu tố liên quan là: thời gian đứng làm việc liên tục > 6 giờ/ngày OR=5,2, KTC 95% [1,91-14,17], $p=0,001$; xuất huyết âm đạo OR=3,15, KTC 95% [1,69-5,86], $p < 0,001$; đa thai OR=27,90, KTC 95% [5,04-154,44], $p < 0,001$; chiều dài cổ tử cung < 25 mm OR=13,46, KTC 95% [2,57-70,55], $p=0,002$; tiền căn sinh non OR=6,48, KTC 95% [1,85-22,67], $p=0,004$.

Kết luận: Tỉ lệ hiện mắc của sinh non là 9,5%. Các yếu tố liên quan đến sinh non bao gồm: mang đa thai, chiều dài cổ tử cung < 25 mm, tiền căn sinh non, thời gian đứng làm việc liên tục > 6 giờ/ngày, xuất huyết âm đạo. Trong các yếu tố liên quan, yếu tố đứng làm việc liên tục > 6 giờ/ngày OR=5,2, KTC 95% [1,91-14,17], $p=0,001$ là phát hiện đáng được quan tâm, góp phần bổ sung bằng chứng dịch tễ học trong nước về điều kiện lao động ở phụ nữ mang thai đối với nguy cơ sinh non.

Từ khóa: sinh non, tỉ lệ hiện mắc, nghiên cứu cắt ngang, Bệnh viện Từ Dũ

ĐẶT VẤN ĐỀ

Sinh non là một trong những vấn đề quan trọng đối với sản khoa, sơ sinh và toàn xã hội. Sinh non là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và di chứng lâu dài cho trẻ dưới 5 tuổi trên toàn thế giới¹.

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), mỗi năm trên thế giới ước tính khoảng 15 triệu trẻ sinh non, hơn 1 triệu trẻ tử vong mỗi năm do các biến chứng của sinh non¹. Tại Việt Nam, ước tính hàng năm có khoảng 103.500 trẻ sinh non, chiếm khoảng 9,4% số ca sinh và 17.000 trẻ tử vong trong vòng 28 ngày sau khi sinh².

Vì vậy, việc xác định được tỉ lệ và các yếu tố liên quan đến sinh non để có thể làm tiền đề để đưa ra các biện pháp can thiệp dự phòng, nhằm giảm tỉ lệ sinh non. Bệnh viện (BV) Từ Dũ là một trong những cơ sở đầu ngành về Sản phụ khoa khu vực phía Nam Việt Nam, với mức sinh cao năm 2022 là 43.911 ca (theo số liệu của phòng Kế hoạch tổng hợp BV Từ Dũ), nơi tiếp nhận và điều trị những ca bệnh nặng, phức tạp trong đó có những ca sinh non ở khắp các tỉnh thành phía

Nam. Tại Việt Nam, chưa có nhiều nghiên cứu khảo sát tỉ lệ hiện mắc và các yếu tố liên quan đến sinh non. Nhằm cung cấp số liệu về sinh non, nghiên cứu đã được thực hiện với mục tiêu: Xác định tỉ lệ hiện mắc của sinh non và các yếu tố liên quan đến sinh non tại Bệnh viện Từ Dũ năm 2024.

ĐỐI TƯỢNG - PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang.

Cỡ mẫu

Áp dụng công thức ước lượng tỉ lệ trong một quần thể tính cỡ mẫu.

$$n = Z^2_1 - \alpha/2 \cdot \frac{p(1-p)}{(pE)^2}$$

Trong đó với $p=0,17$ (Tỉ lệ sinh non theo nghiên cứu của Đào Thị Huyền Trang tại BVPSTW năm 2016 là

Trích dẫn bài báo này: Lê H T, Huỳnh Y N, Nguyễn T N T, Trương M T, Nguyễn T H, Vũ T B C, Nguyễn T T T, Trần T L. **TỈ LỆ HIỆN MẮC CỦA SINH NON VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN TỪ DŨ NĂM 2024.** VNUHCM J. Health Sci. 2026;(2): 848-857.

16,94%)³, xác suất sai lầm loại 1 $\alpha=0,05$, trị số phân phối chuẩn $Z(1-\alpha/2)=1,96$, $\varepsilon=0,2$. Kết quả tính được cỡ mẫu cần 469 thai phụ. Trong nghiên cứu này, có tổng số 476 thai phụ tham gia vào nghiên cứu.

Phương pháp lấy mẫu: chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

Thai phụ đến sinh tại Bệnh viện Từ Dũ trong khoảng thời gian nghiên cứu, tuổi thai từ 22 tuần. Thai phụ đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại ra

Các trường hợp đình chỉ thai kỳ do thai chết lưu, thai dị dạng, lý do xã hội. Các trường hợp bệnh lý mẹ phải đình chỉ thai kỳ (bệnh lý ác tính). Không có đủ thông tin cần thiết theo mẫu phiếu nghiên cứu.

Nhóm nghiên cứu

Gồm 4 thành viên thu thập số liệu là sinh viên năm cuối ngành Y khoa của trường Đại học Khoa học Sức khỏe - Đại học Quốc gia TP HCM, thay phiên nhau phỏng vấn các thai phụ thu thập thông tin dựa trên bảng câu hỏi nghiên cứu.

Phân tích số liệu

Dữ liệu được nhập bằng phần mềm Microsoft Excel và phân tích bằng phần mềm SPSS phiên bản 27.0. Phân tích đơn biến được thực hiện bằng hồi quy logistic nhị phân nhằm ước lượng Odd Ratio (OR), khoảng tin cậy 95% và giá trị p. Các yếu tố có $p<0,2$ trong phân tích đơn biến được đưa vào mô hình hồi quy logistic đa biến nhằm xác định các yếu tố liên quan độc lập đến sinh non. Mức ý nghĩa thống kê được xác định với $p<0,05$.

Y đức

Nghiên cứu đã được chấp thuận về mặt y đức trong nghiên cứu từ Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Trường Đại học Khoa học Sức khỏe - Đại học Quốc gia Thành phố Hồ Chí Minh (số 05/QĐ-IRB-VN01.017 ký ngày 29/03/2024).

Nghiên cứu được tiến hành có sự đồng ý của Bệnh viện Từ Dũ (số 1087/QĐ-BVTD ký ngày 06/06/2024).

KẾT QUẢ

Trong khoảng thời gian nghiên cứu từ 06/2024 - 12/2024, có 476 thai phụ thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu đã được nhóm nghiên cứu khảo sát.

Tỉ lệ hiện mắc của sinh non

Trong tổng số 476 thai phụ tham gia vào nghiên cứu, ghi nhận 45 trường hợp sinh non, tương ứng với tỉ lệ sinh non là 9,5%, KTC 95% [6,9-12,1].

Bảng 1 cho thấy phần lớn các trường hợp ở nhóm sinh non vừa và sinh non muộn, trong khi sinh rất non chiếm tỉ lệ thấp hơn và sinh cực non là nhóm ít gặp nhất.

Bảng 1: Tỉ lệ từng nhóm tuổi thai

Tuổi thai		%
Sinh cực non (<28 tuần)	2	4.4%
Sinh rất non (28-32 tuần)	8	17.8%
Sinh non vừa và sinh non muộn (32-<37 tuần)	35	77.8%

Mối liên quan giữa đặc điểm dịch tễ học đến sinh non

Bảng 2 cho thấy các đặc điểm dịch tễ học của đối tượng nghiên cứu không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm sinh non và nhóm không sinh non trong phân tích đơn biến.

Mối liên quan giữa đặc điểm tiền căn bệnh lý đến sinh non

Bảng 3 cho thấy trong các yếu tố tiền căn bệnh lý được khảo sát, tiền căn sinh non là yếu tố duy nhất có liên quan có ý nghĩa thống kê với sinh non ở lần mang thai hiện tại (OR=4,78; KTC 95%: 1,85–12,33; $p=0,01$).

Mối liên quan giữa đặc điểm thai kỳ hiện tại đến sinh non

Bảng 4 cho thấy nhiều đặc điểm của thai kỳ hiện tại có liên quan có ý nghĩa thống kê với sinh non, trong đó nổi bật là yếu tố chiều dài cổ tử cung <25 mm (OR=34,81; KTC 95%: 10,24–118,34; $p<0,001$) và đa thai (OR=13,05; KTC 95%: 4,17–40,80; $p<0,001$). Ngoài ra các yếu tố: thời gian đứng làm việc liên tục >6 giờ/ngày, xuất huyết âm đạo, BMI nhẹ cân hoặc béo phì, hỗ trợ sinh sản, nhiễm trùng tiết niệu, tiền sản giật, sử dụng chất kích thích và vấn đề tâm lý cũng ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê với sinh non.

Phân tích hồi quy logistic đa biến các yếu tố liên quan đến sinh non

Qua phân tích hồi quy logistic đa biến các yếu tố có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với sinh non bao gồm: tiền căn sinh non, thời gian đứng làm việc liên tục trên 6 giờ/ngày, xuất huyết âm đạo, mang đa thai và chiều dài cổ tử cung <25mm (Bảng 5).

BÀN LUẬN

Nghiên cứu khảo sát tỉ lệ hiện mắc của sinh non và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện Từ Dũ năm 2024. Kết quả ghi nhận tỉ lệ hiện mắc của sinh non là 9,5%. Bảng phân tích đơn biến và đa biến, các yếu tố liên quan đến sinh non bao gồm: tiền căn sinh non, thời gian đứng làm việc liên tục >6 giờ/ngày, xuất huyết âm đạo, số con lần mang thai này và chiều dài cổ tử cung <25mm.

Tỉ lệ sinh non

Bảng 2: Mối liên quan giữa đặc điểm dịch tễ học của đối tượng nghiên cứu đến sinh non

Biến số	Sinh non (n=45) n, %	Không sinh non (n=431) n, %	OR [Khoảng tin cậy 95%]	Giá trị P
Tuổi mẹ				
18-35 tuổi	38 (9,30)	370 (90,70)	Tham chiếu	
<18 tuổi	0 (0)	3 (100)	1,84 [0,33-10,30]	0,49
>35 tuổi	7 (10,80)	58 (89,20)	0,82 [0,35-1,92]	0,65
Khu vực sinh sống				
Thành thị	26 (8,0)	299 (92,0)	Tham chiếu	
Nông thôn	19 (12,60)	132 (87,40)	1,66 [0,89-3,10]	0,12
Trình độ học vấn				
Đại học	20 (9,30)	195 (90,70)	Tham chiếu	
Tốt nghiệp cấp 2,3	24 (9,80)	222 (90,20)	0,99 [0,53-1,85]	0,98
Tốt nghiệp cấp 1	1 (50)	1 (50)	Không có giá trị	Không có giá trị
Nghề nghiệp				
Trí óc	20 (8,80)	207 (91,20)	Tham chiếu	
Lao động tay chân	16 (11,85)	119 (88,15)	1,47 [0,73-2,97]	0,28
Nội trợ	9 (7,89)	105 (92,11)	1,05 [0,47-2,35]	0,90
Kinh tế gia đình				
Khá giả	6 (10,53)	51 (89,47)	Tham chiếu	
Trung bình	35 (8,60)	369 (91,40)	0,85 [0,33-2,16]	0,73
Khó khăn	4 (26,70)	11 (73,30)	3,09 [0,75-12,83]	0,12

Bảng 3: Mối liên quan giữa đặc điểm tiền căn bệnh lý đến sinh non

Biến số	Sinh non (n=45) n, %	Không sinh non (n=431) n, %	OR [Khoảng tin cậy 95%]	Giá trị P
Tiền căn sinh non				
Không	42 (9,3)	411 (90,7)	Tham chiếu	
Có	3 (13,04)	20 (86,96)	4,78 [1,85-12,33]	0,01
Tiền căn bệnh lý mạn tính				
Không	43 (9,73)	399 (90,27)	Tham chiếu	
Có	2 (5,88)	32 (94,12)	0,58 [0,13-2,50]	0,47
Tiền căn bệnh lý sản phụ khoa				
Không	43 (9,25)	422 (90,75)	Tham chiếu	
Phẫu thuật CTC	0	1 (100)	Không có giá trị	Không có giá trị
Phá thai	2 (100)	0 (0)		
UXTC	0 (0)	8 (100)		
Bất thường tử cung	0	0		

Bảng 4: Mối liên quan giữa đặc điểm thai kỳ hiện tại đến sinh non

Biến số	Sinh non (n=45) n, %	Không sinh non (n=431) n, %	OR [Khoảng tin cậy 95%]	Giá trị P
Thời gian đứng làm việc				
≤ 6 giờ	30 (7,19)	387 (92,81)	Tham chiếu	
> 6 giờ	15 (25,42)	44 (74,58)	4,40 [2,19-8,80]	<0,001
Xuất huyết âm đạo				
Không	31 (6,81)	425 (93,19)	Tham chiếu	
Có	14 (70)	6 (30)	3,60 [2,08-6,22]	<0,001
Số con lần mang thai này				
Đơn thai	39 (8,42)	424 (91,58)	Tham chiếu	
Đa thai	6 (46,15)	7 (53,85)	13,05 [4,17-40,80]	<0,001
Chiều dài CTC				
>25 mm	27 (6,70)	376 (93,30)	Tham chiếu	
< 25mm	10 (71,43)	4 (28,57)	34,81 [10,24-118,34]	<0,001
Không rõ	8 (13,56)	51 (86,44)	2,80 [0,94-5,07]	0,07
BMI				
Bình thường	33 (8,62)	350 (91,38)	Tham chiếu	
Nhẹ cân	7 (29,17)	17 (70,83)	4,37 [1,69-11,29]	0,02
Thừa cân	1 (1,79)	55 (98,21)	0,19 [0,26-1,44]	0,11
Béo phì	4 (30,77)	9 (69,23)	4,71 [1,38-16,14]	0,01
Làm ca đêm				
Không	44 (9,36)	426 (90,64)	Tham chiếu	
Có	1 (16,70)	5 (83,30)	0,10 [0,02-0,35]	0,55
Tình trạng ối				
Bình thường	45 (9,94)	408 (90,06)	Tham chiếu	
Đa ối	0 (0)	16 (100)	0,001 [0,006-0,002]	0,99
Thiếu ối	0 (0)	7 (100)	0,001 [0,006-0,002]	0,99
Kỹ thuật hỗ trợ sinh sản				
Không	38 (8,44)	412 (91,56)	Tham chiếu	
Có	7 (26,92)	19 (73,08)	3,94 [1,58-10,11]	0,03
Dị tật thai nhi				
Không	42 (9,11)	419 (91,89)	Tham chiếu	
Có	3 (20)	12 (80)	2,49 [0,68-9,19]	0,17

Nhiễm trùng tiết niệu				
Không	41 (8,80)	425 (91,20)	Tham chiếu	
Có	4 (40)	6 (60)	6,91 [1,88-25,49]	0,004
Phẫu thuật vùng bụng				
Không	44 (10,50)	375 (89,50)	Tham chiếu	
Có	1 (1,75)	56 (98,25)	0,50 [0,15-1,67]	0,26
Tiền sản giật				
Không	41 (8,9)	421 (91,1)	Tham chiếu	
Có	4 (28,57)	10 (71,43)	4,11 [1,23-13,68]	0,02
Đái tháo đường thai kỳ				
Không	33 (8,64)	349 (91,36)	Tham chiếu	
Có	12 (12,77)	82 (87,23)	1,76 [0,88-3,49]	0,11
Sử dụng chất kích thích				
Không	44 (9,35)	427 (90,65)	Tham chiếu	
Có	1 (20)	4 (80)	6,64 [1,08-40,81]	0,04
Vấn đề tâm lý				
Không	43 (9,14)	428 (90,86)	Tham chiếu	
Có	2 (40)	3 (60)	7,63 [1,65-35,22]	0,009

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ sinh non là 9,5%, thấp hơn so với nghiên cứu của Đào Thị Huyền Trang (2015-2016)³. Sự khác biệt này phản ánh những tiến bộ trong thực hành sản khoa thời gian gần đây, bao gồm tăng cường sàng lọc nguy cơ, phát hiện sớm dọa sinh non, can thiệp dự phòng kịp thời.

Tỉ lệ từng nhóm tuổi thai

Tỉ lệ sinh cực non trong nghiên cứu này là 4,4%, thấp hơn so với kết quả của Jane Hirst (6,7%) và của Đào Thị Huyền Trang (12,4%)^{3,4}, cho thấy hiệu quả trong công tác chăm sóc tiền sản. Ngược lại tỉ lệ nhóm sinh rất non là 17,8%, cao hơn so với Jane Hirst (6,3%) và tương đương với Đào Thị Huyền Trang (16,7%). Thực tế này nhấn mạnh rằng nhóm sinh rất non vẫn là một thách thức lớn và cần được đặc biệt lưu ý trong quản lý thai kỳ, do nguy cơ cao về các biến chứng nghiêm trọng ở trẻ sơ sinh và gánh nặng y tế đi kèm. Nhóm sinh non vừa và sinh non muộn chiếm tỉ lệ cao nhất (77,8%), tương tự với các nghiên cứu khác, phản ánh xu hướng sinh non chung hiện nay.

Các yếu tố nguy cơ liên quan đến sinh non

Về tuổi thai phụ, qua thống kê độ tuổi trung bình của thai phụ trong nghiên cứu này là 30±5, tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng⁵. Trong nghiên cứu này, yếu tố tuổi không có ảnh hưởng đến sinh non $p>0,05$.

Về các yếu tố nghề nghiệp, trình độ học vấn, khu vực sinh sống và kinh tế gia đình không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê với sinh non trong nghiên cứu. Kết quả này khác với nghiên cứu của Ayele TB⁶. Sự khác biệt được lý giải bởi đặc điểm dân số nghiên cứu không tương đồng giữa hai bối cảnh, nghiên cứu của Ayele TB⁶ được thực hiện tại khu vực có tỉ lệ dân cư nông thôn cao, nghề nghiệp chủ yếu là nông dân và nội trợ, trình độ học vấn thấp và thu nhập hạn chế cũng phổ biến hơn. Trong bối cảnh đó, nghề nghiệp, học vấn, nơi cư trú và điều kiện kinh tế có thể phản ánh rõ hơn sự khác biệt về gánh nặng lao động thể lực, điều kiện sống và khả năng tiếp cận chăm sóc tiền sản. Ngược lại, trong nghiên cứu này, nhóm nghề nghiệp trí óc chiếm tỉ lệ cao, phần lớn sinh sống tại khu vực thành thị và có điều kiện kinh tế từ trung bình trở lên, từ đó làm tăng khả năng tiếp cận và sử dụng dịch vụ chăm sóc tiền sản.

Về tiền căn sinh non, nghiên cứu này cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê với sinh non, với (OR=6,48; KTC 95%: 1,85-22,67; $p=0,004$). Kết quả phù hợp với nghiên cứu của Mercer BM⁷. Mức độ nguy cơ phụ thuộc vào nguyên nhân của sinh non trước đó, tuổi thai của sinh non trước đó và số lần sinh non trước đó.

Về tiền căn bệnh lý mạn tính và bệnh lý sản phụ khoa, trong nghiên cứu này không cho thấy mối liên quan

Bảng 5: Phân tích hồi quy logistic đa biến các yếu tố liên quan đến sinh non

Biến số	Sinh non (n=45) n, %	Không sinh non (n=431) n, %	OR [Khoảng tin cậy 95%]	Giá trị P
Khu vực sinh sống				
Thành thị	26 (8,0)	299 (92,0)	Tham chiếu	
Nông thôn	19 (12,60)	132 (87,40)	0,96 [0,41-2,26]	0,92
Tiền căn sinh non				
Không	42 (9,3)	411 (90,7)	Tham chiếu	
Có	3 (13,04)	20 (86,96)	6,68 [1,85-22,67]	0,004
Thời gian đứng làm việc				
≤ 6 giờ	30 (7,19)	387 (92,81)	Tham chiếu	
> 6 giờ	15 (25,42)	44 (74,58)	5,20 [1,90-14,17]	0,001
Xuất huyết âm đạo				
Không	31 (6,81)	425 (93,19)	Tham chiếu	
Có	14 (70)	6 (30)	3,15 [1,69- 5,86]	<0,001
Số con lần mang thai này				
Đơn thai	39 (8,42)	424 (91,58)	Tham chiếu	
Đa thai	6 (46,15)	7 (53,85)	27,91 [5,04-154,44]	<0,001
Chiều dài CTC				
>25 mm	27 (6,70)	376 (93,30)	Tham chiếu	
< 25mm	10 (71,43)	4 (28,57)	13,46 [2,57-70,55]	0,002
Không rõ	8 (13,56)	51 (86,44)	2,02 [0,69-5,93]	0,20
BMI				
Bình thường	33 (8,62)	350 (91,38)	Tham chiếu	
Nhẹ cân	7 (29,17)	17 (70,83)	3,78 [0,99-14,35]	0,05
Thừa cân	1 (1,79)	55 (98,21)	0,15 [0,02-1,41]	0,10
Béo phì	4 (30,77)	9 (69,23)	3,18 [0,67-15,50]	0,15
Kỹ thuật hỗ trợ sinh sản				
Không	38 (8,44)	412 (91,56)	Tham chiếu	
Có	7 (26,92)	19 (73,08)	0,87 [0,14-5,27]	0,88
Dị tật thai nhi				
Không	42 (9,11)	419 (91,89)	Tham chiếu	
Có	3 (20)	12 (80)	4,30 [0,86-21,52]	0,08
Nhiễm trùng tiết niệu				
Không	41 (8,80)	425 (91,20)	Tham chiếu	
Có	4 (40)	6 (60)	1,37 [0,15-12,41]	0,78
Tiền sản giật				
Không	41 (8,9)	421 (91,1)	Tham chiếu	
Có	4 (28,57)	10 (71,43)	2,35 [0,51-10,86];	0,27

Nhiễm trùng tiết niệu				
Không	41 (8,80)	425 (91,20)	Tham chiếu	
Có	4 (40)	6 (60)	6,91 [1,88-25,49]	0,004
Phẫu thuật vùng bụng				
Không	44 (10,50)	375 (89,50)	Tham chiếu	
Có	1 (1,75)	56 (98,25)	0,50 [0,15-1,67]	0,26
Tiền sản giật				
Không	41 (8,9)	421 (91,1)	Tham chiếu	
Có	4 (28,57)	10 (71,43)	4,11 [1,23-13,68]	0,02
Đái tháo đường thai kỳ				
Không	33 (8,64)	349 (91,36)	Tham chiếu	
Có	12 (12,77)	82 (87,23)	1,76 [0,88-3,49]	0,11
Sử dụng chất kích thích				
Không	44 (9,35)	427 (90,65)	Tham chiếu	
Có	1 (20)	4 (80)	6,64 [1,08-40,81]	0,04
Vấn đề tâm lý				
Không	43 (9,14)	428 (90,86)	Tham chiếu	
Có	2 (40)	3 (60)	7,63 [1,65-35,22]	0,009

có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Kết quả này khác với nghiên cứu của Ayele TB⁶, trong đó những thai phụ có tiền căn bệnh mạn tính có nguy cơ sinh non đáng kể (OR=3,94; KTC 95%: 1,67-9,45). Sự khác biệt này xuất phát từ đặc điểm dân số nghiên cứu và sự khác nhau trong cách phân loại bệnh lý mạn tính giữa các nghiên cứu.

Về đặc điểm thai kỳ hiện tại, thời gian đứng làm việc liên tục trên 6 giờ/ngày ở nhóm sinh non là 66,7%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê, với nguy cơ sinh non cao gấp 5,2 lần ở nhóm đứng làm việc liên tục trên 6 giờ mỗi ngày (OR=5,2; KTC 95%: 1,9-14,17; $p=0,001$). Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu của tác giả Henriksen⁸ và tác giả Pompeii⁹. Mỗi liên hệ này có thể được giải thích thông qua áp lực cơ học lên cổ tử cung và sự thay đổi lưu lượng máu tử cung - nhau thai khi liên tục đứng lâu. Mặc dù yếu tố thời gian đứng làm việc trong nghiên cứu được thu thập bằng phỏng vấn hồi cứu và có thể tồn tại nguy cơ sai lệch nhớ lại, mối liên quan đến sinh non có ý nghĩa thống kê với nguy cơ tương đối cao. Trong bối cảnh hiện nay, kết quả nghiên cứu cung cấp bằng chứng dịch tễ học ban đầu tại Việt Nam, góp phần bổ sung dữ liệu về vai trò của yếu tố sức khỏe nghề nghiệp thai kỳ và định hướng cho các nghiên cứu tiến cứu trong tương lai với phương pháp đánh giá điều kiện lao động khách quan và chuẩn hóa hơn.

Chiều dài cổ tử cung <25mm làm tăng nguy cơ sinh non 13,46 lần với (OR=13,46; KTC 95%: 2,57-70,55; $p=0,002$), phù hợp với nghiên cứu của Miller và cộng sự (2015)¹⁰ cho thấy nguy cơ sinh non giảm 6% đối với những thai phụ có chiều dài CTC >25mm. Kết quả của nghiên cứu hiện tại khẳng định giá trị dự báo mạnh của chiều dài cổ tử cung đối với sinh non. Trong nghiên cứu này, chiều dài cổ tử cung của thai phụ được đo chủ yếu ở giai đoạn tuổi thai 18 - 24 tuần, là thời điểm được khuyến cáo trong sàng lọc nguy cơ sinh non. Đồng thời, các biện pháp can thiệp dự phòng đối với những trường hợp có chiều dài cổ tử cung <25 mm cũng được ghi nhận. Tuy nhiên, nghiên cứu tập trung đánh giá mối liên quan giữa chiều dài cổ tử cung đến sinh non nên hiệu quả của các biện pháp dự phòng chưa được phân tích và cần được xem xét trong các nghiên cứu tiếp theo.

Về xuất huyết âm đạo trong thai kỳ làm tăng nguy cơ sinh non cao gấp 3,15 lần (OR=3,15; KTC 95%: 1,69-5,86; $p<0,001$). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Ayele⁶ và nghiên cứu của Özdemirci Ş¹¹. Xuất huyết âm đạo trong thai kỳ có thể do nhiều nguyên nhân bao gồm dọa sảy thai, nhau tiền đạo, nhau bong non, hoặc các bất thường về cổ tử cung. Những tình trạng này dẫn đến phản ứng viêm, kích thích co bóp tử cung và làm tăng nguy cơ sinh non.

Về thai phụ mang đa thai có nguy cơ sinh non cao hơn gấp 27,91 lần so với thai phụ đơn thai (OR=27,91; KTC 95%: 5,04–154,44; $p < 0,001$). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Ayele⁶, trong đó đa thai làm tăng nguy cơ sinh non gấp 3,30 lần (AOR=3,30; KTC 95%: 1,29–8,69).

Mặc dù có những lo ngại nhất định về nguy cơ sinh non ở thai phụ sử dụng kỹ thuật hỗ trợ sinh sản, nghiên cứu này không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa hỗ trợ sinh sản và sinh non (OR=0,87; KTC 95%: 0,14–5,27; $p=0,88$).

Trong phân tích đơn biến, tiền sản giật cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê với nguy cơ sinh non (OR=4,10; KTC 95%: 1,233–13,678; $p=0,021$). Tuy nhiên, mối liên hệ không còn ý nghĩa thống kê trong phân tích đa biến. Kết quả này không phù hợp với nghiên cứu của Brown¹², trong đó tiền sản giật được xác định là yếu tố nguy cơ liên quan đến sinh non.

Về các yếu tố như đái tháo đường thai kỳ, tâm lý thai phụ, sử dụng chất kích thích, phẫu thuật vùng bụng trong quá trình mang thai, nhiễm trùng tiết niệu, dị tật thai nhi trong nghiên cứu này không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê với sinh non ở phân tích đơn biến và đa biến.

HẠN CHẾ VÀ HƯỚNG NGHIÊN CỨU TIẾP THEO

Nghiên cứu này áp dụng thiết kế cắt ngang, việc xác định mối quan hệ nhân quả giữa sinh non và các yếu tố liên quan không thể xác định chắc chắn. Một số thông tin được thu thập thông qua phỏng vấn bằng bộ câu hỏi và có thể tồn tại nguy cơ sai lệch nhớ lại. Do đó, các phát hiện của nghiên cứu cần được kiểm chứng thêm bằng các nghiên cứu tiến cứu trước khi làm cơ sở cho các khuyến nghị can thiệp.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện trên 476 thai phụ tại Bệnh viện Từ Dũ, trong thời gian từ tháng 06/2024 đến tháng 12/2024 cho kết quả:

1. Tỷ lệ hiện mắc sinh non tại Bệnh viện Từ Dũ năm 2024 là 9,5% [KTC 95%: 6,9-12,1].
2. Các yếu tố liên quan đến sinh non được ghi nhận trong phân tích đa biến gồm: mang đa thai, chiều dài cổ tử cung <25 mm, thời gian đứng làm việc liên tục trên 6 giờ/ngày, tiền căn sinh non và xuất huyết âm đạo trong thai kỳ.

Trong các yếu tố này, yếu tố thai phụ đứng làm việc liên tục trên 6 giờ mỗi ngày đáng được quan tâm, góp phần bổ sung bằng chứng dịch tễ học trong nước về vai trò của điều kiện lao động đối với nguy cơ sinh non ở phụ nữ mang thai.

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

WHO: Tổ chức Y tế Thế giới
BV: Bệnh viện
BMI: Chỉ số khối cơ thể
UXTC: U xơ tử cung
CTC: Cổ tử cung
OR: Odds ratio
KTC: Khoảng tin cậy

XUNG ĐỘT LỢI ÍCH

Nhóm nghiên cứu cam kết không mâu thuẫn quyền lợi và nghĩa vụ của các thành viên trong nhóm tác giả.

ĐÓNG GÓP CỦA TÁC GIẢ

Lê Hữu Truyền lên ý tưởng và thiết kế nghiên cứu; thực hiện việc thu thập, xử lý và phân tích số liệu; tham gia viết bản thảo của bài báo.

Huỳnh Yến Nhi, Nguyễn Trần Nhã Trúc, Trương Minh Trọng lên ý tưởng và thiết kế nghiên cứu; thu thập số liệu và tham gia viết bản thảo của bài báo.

Nguyễn Thanh Hưng, Vũ Trần Bảo Châu, Nguyễn Thị Thanh Thảo tham gia viết bản thảo của bài báo.

Trần Thị Lợi lên ý tưởng và thiết kế nghiên cứu; sửa chữa bản thảo bài báo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Organization WH. Born Too Soon: Decade of Action on Preterm Birth.; 2023. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240073890>.
2. Vietnam UNCFU. Ngày Thế giới vì Trẻ sinh non: 15 triệu trẻ sinh non trên toàn thế giới cần được quan tâm sâu sắc; 2021.
3. Trang DTH, Thăng NM. Tình hình đẻ non và các phương pháp xử trí tại Khoa Đẻ Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương. Tạp Chí Phụ sản;15(4):36–40. Available from: <https://doi.org/10.46755/vjog.2018.4.490>.
4. Hirst J. Nhìn lại kết quả ban đầu về sinh non từ những nghiên cứu về các dấu chứng sinh học sinh non ở Việt Nam. In: and others, editor. Hội nghị Sản phụ khoa Châu Á Thái Bình Dương lần thứ 19; 2019.
5. Hồng NT, Xuân LT, Giang NT, Hoa BT, Anh CTQ. Tình hình kết quả sinh non tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2020. Tạp chí Phụ sản. 2022;20(3):50–54. Available from: <https://doi.org/10.46755/vjog.2022.3.1428>.
6. Ayele TB, Moyehodie YA. Prevalence of preterm birth and associated factors among mothers who gave birth in public hospitals of east Gojjam zone, Ethiopia. BMC Pregnancy and Childbirth. 2023;23(1):204. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05517-5>.
7. Mercer BM, Goldenberg RL, Moawad AH, Meis PJ, Iams JD, Das AF, et al. The preterm prediction study: effect of gestational age and cause of preterm birth on subsequent obstetric outcome. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 1999;181(5 Pt 1):1216–21. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0002-9378\(99\)70108-3](https://doi.org/10.1016/S0002-9378(99)70108-3).
8. Henriksen TB, Hedegaard M, Secher NJ, Wilcox AJ. Standing at work and preterm delivery. British Journal of Obstetrics and Gynaecology. 1995;102(3):198–206. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.1995.tb09094.x>.

9. Pompeii LA, Savitz DA, Evenson KR, Rogers B, McMahon M. Physical exertion at work and the risk of preterm delivery and small-for-gestational-age birth. *Obstetrics and Gynecology*. 2005;106(6):1279–88. Available from: <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000189080.76998.f8>.
10. Miller ES, Tita AT, Grobman WA. Second-trimester cervical length screening among asymptomatic women: an evaluation of risk% UNKNOWN UNICODE CHARACTER 02011 (NON-BREAKING HYPHEN) based strategies. *Obstetrics and Gynecology*. 2015;126(1):61–6. Available from: <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000869>.
11. Özdemirci, Demirdağ E, Kasapoğlu T, Karahanoğlu E, Başer E, Yalvaç S, et al. Obstetric outcome of second trimester antenatal bleeding. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine : The Official Journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians*. 2016;29(20):3395–9. Available from: <https://doi.org/10.3109/14767058.2015.1130815>.
12. Brown HK, Speechley KN, Macnab J, Natale R, Campbell MK. Maternal, fetal, and placental conditions associated with medically indicated late preterm and early term delivery: a retrospective study. *BJOG : An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2016;123(5):763–70. Available from: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13428>.

PREVALENCE OF PRETERM BIRTH AND ASSOCIATED FACTORS AT TU DU HOSPITAL IN 2024

Huu Truyen Le ¹, Yen Nhi Huynh ¹, Nha Truc Nguyen Tran ¹, Minh Trong Truong ¹, Bao Chau Vu Tran ¹, Thanh Hung Nguyen ², Thanh Thao Nguyen Thi ¹, Thi Loi Tran ^{1,*}



Use your smartphone to scan this QR code and download this article

ABSTRACT

Background: Preterm birth has consistently been one of the most critical issues in obstetrics, neonatology and public health. It is associated with substantial neonatal morbidity and mortality and imposes a significant long-term healthcare burden. In Vietnam, few studies have investigated the prevalence and associated factors of preterm birth.

Objectives: To investigate the prevalence of preterm birth and its associated factors at Tu Du Hospital in 2024.

Method: A cross-sectional study was conducted at Tu Du Hospital from June 2024 to December 2024. Systematic random sampling was used to select pregnant women who delivered at Tu Du Hospital. Data were collected through interviews based on a structured questionnaire. Binary logistic regression analysis was performed with a 95% confidence interval (CI) and a significance level of $p < 0.05$ to identify factors associated with preterm birth.

Results: From June to December 2024, a total of 476 pregnant women participated in the study. The prevalence of preterm birth was 9.5%. Statistically significant factors associated included: standing for more than six consecutive hours per day OR=5.2, 95% CI [1.91–14.17], $p=0.001$; vaginal bleeding OR=3.15, 95% CI [1.69–5.86], $p<0.001$; multiple pregnancy OR=27.90, 95% CI [5.04–154.44], $p<0.001$; cervical length $<25\text{mm}$ OR=13.46, 95% CI [2.57–70.55], $p=0.002$; history of preterm birth OR=6.48, 95% CI [1.85–22.67], $p=0.004$.

Conclusions: The prevalence of preterm birth was 9.5%. Factors associated with preterm birth included multiple pregnancy, cervical length $<25\text{ mm}$, a history of preterm birth, standing continuously for more than 6 hours per day, and vaginal bleeding. Among these, prolonged standing at work for more than 6 hours per day was significantly associated with an increased risk (OR = 5.2; 95% CI: 1.91–14.17; $p = 0.001$). This finding adds to domestic epidemiological evidence highlighting the potential impact of occupational working conditions on the risk of preterm birth among pregnant women.

Key words: Prevalence, Cross-sectional study, Preterm birth, Tu Du Hospital

¹University of Health Sciences, Viet Nam National University Ho Chi Minh City

²Labor and Delivery Department, Tu Du Hospital, Ho Chi Minh City, Vietnam

Correspondence

Thi Loi Tran, University of Health Sciences, Viet Nam National University Ho Chi Minh City

Email: ttloi@uhsvnu.edu.vn

History

- Received: 24-06-2025
- Revised: 12-03-2026
- Accepted: 24-04-2026
- Published Online: 14-05-2026

DOI : <https://doi.org/10.32508/vnuhcmj-hs.v7i1.670>



Copyright

© VNUHCM Press. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International license.



Cite this article : Le H T, Huynh Y N, Nguyen T N T, Truong M T, Nguyen T H, Vu T B C, Nguyen T T T, Tran T L. PREVALENCE OF PRETERM BIRTH AND ASSOCIATED FACTORS AT TU DU HOSPITAL IN 2024 . VNUHCM J. Health Sci. 2026; (2):848-857