

## Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của sản phụ đẻ non tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên và một số yếu tố liên quan

Nguyễn Thị Hồng<sup>1\*</sup>, Nguyễn Tiến Tới<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Duyên<sup>2</sup>,  
Nguyễn Phương Sinh<sup>1</sup>, Cao Thị Quỳnh Anh<sup>1</sup>, Hoàng Quốc Huy<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

<sup>2</sup> Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

doi: 10.46755/vjog.2023.4-5.1630

Tác giả liên hệ (Corresponding author): Nguyễn Thị Hồng, email: drnguyenthihong77@gmail.com

Nhận bài (received): 27/9/2023 - Chấp nhận đăng (accepted): 15/11/2023.

### Tóm tắt

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nhận xét một số yếu tố liên quan của sản phụ đẻ non tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2021 - 2022.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 155 sản phụ đẻ non tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 1 năm 2021 đến tháng 12 năm 2022.

**Kết quả và kết luận:** Sản phụ có biểu hiện kết hợp nhiều triệu chứng: Đau bụng kèm ra máu hoặc ra nước hoặc ra dịch âm đạo khi vào viện chiếm tỷ lệ cao nhất (67,1%). Sản phụ có cổ tử cung mở 1 - < 3 cm khi vào viện chiếm tỷ lệ cao nhất (49,7%). Sản phụ có tình trạng thiếu ôi chiếm 29%. Sản phụ có nhiễm khuẩn tiết niệu khi vào viện chiếm tỷ lệ cao là 63,2%. Một số yếu tố liên quan đến đẻ non là: tuổi thai mà sản phụ dừng làm việc và số lần khám thai, với mức ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$ .

**Từ khóa:** đẻ non, yếu tố liên quan, làm việc, khám thai.

## Clinical and Subclinical characteristics of mothers who gave preterm birth at Thai Nguyen National Hospital and associated factors

Nguyen Thi Hong<sup>1\*</sup>, Nguyen Tien Toi<sup>1</sup>, Nguyen Thi Duyen<sup>2</sup>,  
Nguyen Phuong Sinh<sup>1</sup>, Cao Thi Quynh Anh<sup>1</sup>, Hoang Quoc Huy<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Thai Nguyen University of Medicine and Pharmacy

<sup>2</sup> Thai Nguyen National Hospital

### Abstract

**Objectives:** To describe the clinical and subclinical characteristics and comment on some associated factors of mothers who gave preterm birth at Thai Nguyen National Hospital in 2021 - 2022.

**Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study of 155 mothers who gave preterm birth at Thai Nguyen National Hospital from January 2021 to December 2022.

**Results and conclusions:** Pregnant women have a combination of symptoms: Abdominal pain accompanied by bleeding or amniotic fluid or vaginal discharge when admitted to the hospital accounted for the highest rate (67.1%). Women with cervical dilation of 1 - < 3 cm when admitted to the hospital accounted for the highest rate (49.7%). Women with oligohydramnios account for 29%. Pregnant women with urinary tract infections when admitted to the hospital accounted for a high rate of 63.2%. Some factors associated with preterm birth are: gestational age at which the mother stops working and number of antenatal care visits, with statistical significance  $p < 0.05$ .

**Keywords:** preterm birth, associated factors, work, antenatal care.

### 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế thế giới, đẻ non được định nghĩa là những trẻ sinh ra còn sống trước tuần thứ 37 của thai kỳ [7]. Tại Việt Nam, theo Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản, tuổi thai đẻ non là từ hết 22 tuần đến hết 36 tuần 6 ngày thai nghén tính từ ngày đầu tiên của kỳ kinh cuối cùng [1]. Ở các quốc gia, tỷ lệ sinh non dao động từ 4 - 16% số trẻ sinh năm 2020 [7]. Tại Việt Nam cho đến nay vẫn chưa có thống kê trên cả nước về tỷ lệ đẻ non mà chỉ có những nghiên cứu tại từng vùng miền hoặc từng bệnh viện. Nghiên cứu về

các yếu tố nguy cơ về đẻ non năm 2002 của Nguyễn Công Nghĩa cho thấy tỷ lệ đẻ non tại Hà Nội là 11,8%. Theo tác giả Nguyễn Thị Minh Thanh, tỷ lệ đẻ non tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2018 là 11,3% [3].

Đẻ non là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở trẻ sơ sinh. Việc dự báo các nguy cơ đẻ non là một biện pháp hữu hiệu để làm giảm tỷ lệ đẻ non và các hậu quả của đẻ non gây ra. Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên là một trong 6 bệnh viện hạng đặc biệt trực thuộc Bộ Y tế, bệnh viện tuyến cuối của Bộ Y tế ở khu vực Trung du Miền núi phía Bắc.

Việc nghiên cứu, nhận xét về các yếu tố liên quan đến đẻ non sẽ giúp bệnh viện đưa ra các biện pháp dự phòng và điều trị dọa đẻ non và đẻ non nhằm góp phần nâng cao chất lượng khám chữa bệnh của bệnh viện. Vì vậy, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài: “Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của sản phụ đẻ non tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên và một số yếu tố liên quan” với 2 mục tiêu sau:

Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của sản phụ đẻ non tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2021 - 2022.

Nhận xét một số yếu tố liên quan đến đẻ non tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Những sản phụ đẻ hoặc mổ lấy thai tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 1 năm 2021 đến tháng 12 năm 2022 có đủ các tiêu chuẩn chọn mẫu nghiên cứu.

#### ● Tiêu chuẩn lựa chọn

- Tuổi thai từ 22 tuần 0 ngày đến 36 tuần 6 ngày: tính theo ngày đầu tiên của chu kỳ kinh nguyệt cuối, theo dự kiến sinh trên siêu âm trong 3 tháng đầu, hoặc theo ngày chuyển phôi.

- Thai sống.
- Tình nguyện tham gia nghiên cứu.

#### ● Tiêu chuẩn loại trừ

- Thai chết lưu  
- Thai dị dạng  
- Bệnh nhân đẻ non từ tuyến trước chuyển đến hoặc chuyển lên tuyến trên.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Mô tả cắt ngang

## 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

**Bảng 3.1.** Đặc điểm chung của sản phụ đẻ non

Đặc điểm	n	Tỷ lệ (%)
<b>Tuổi của sản phụ</b>		
< 20 tuổi	12	7,7
20 - 24 tuổi	35	22,6
25 - 29 tuổi	57	36,8
30 - 34 tuổi	23	14,8
≥ 35 tuổi	28	18,1
Tuổi trung bình: 27,8 ± 6,229		- Nhỏ nhất: 16 - Lớn nhất: 45
<b>Nghề nghiệp</b>		
Cán bộ, viên chức	24	15,5
Công nhân	41	26,5

### 2.3. Cỡ mẫu nghiên cứu:

Áp dụng công thức nghiên cứu:  $n = Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \frac{p \cdot q}{\alpha}$

Trong đó:

n: Cỡ mẫu

$Z_{1-\alpha/2}$ : hệ số tin cậy. Chọn  $\alpha = 0,05$  ta được

$Z_{1-\alpha}^2 = 1,96^2$  ở khoảng tin cậy 95%

p: Tỷ lệ đẻ non ước tính (tỷ lệ đẻ non theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Minh Thanh tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2018 là 11,3%) [3]. Ta lấy  $p = 0,113$ .

$q = 1 - p = 1 - 0,113 = 0,887$

$d = 0,05$

Thay số ta có:  $n = 154,02$  bệnh nhân.

Như vậy, chúng tôi chọn cỡ mẫu là 155 bệnh nhân.

### 2.4. Quy trình thu thập số liệu:

Thu thập thông tin từ việc phỏng vấn, kết hợp với tham khảo hồ sơ bệnh án theo mẫu phiếu thu thập thông tin đối tượng nghiên cứu, chọn các sản phụ đẻ non thai từ 22 tuần 0 ngày đến 36 tuần 6 ngày theo các tiêu chuẩn chọn mẫu tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên trong thời gian nghiên cứu đến khi đủ cỡ mẫu thì dừng lại.

### 2.5. Chỉ số, biến số nghiên cứu:

Tuổi, tuổi thai, nghề nghiệp, nơi sinh sống hiện tại, trình độ văn hóa, dân tộc, trọng lượng thai khi sinh, triệu chứng cơ năng, độ mở cổ tử cung, tình trạng ối, tình trạng nhiễm khuẩn tiết niệu khi vào viện

Tuổi thai mà sản phụ dừng làm việc, công việc đòi hỏi phải đứng, số giờ làm việc, làm việc nhà, số lần khám thai.

**2.6. Phương pháp xử lý số liệu:** Số liệu được quản lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 25.0.

**2.7. Đạo đức trong nghiên cứu:** Đề cương nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng y đức của Bệnh viện đa khoa Trung ương Thái Nguyên.

Nông dân	58	37,4
Nghề khác	32	20,6

Về tuổi của sản phụ: các sản phụ đẻ non lựa chọn tham gia vào nghiên cứu có độ tuổi chủ yếu trong khoảng 25 - 29 tuổi với tỷ lệ 36,8%; sản phụ có độ tuổi dưới 20 tuổi gặp ít nhất với tỷ lệ 7,7%. Tuổi trung bình của nhóm sản phụ đẻ non trong nghiên cứu là  $27,8 \pm 6,229$  tuổi.

Về nghề nghiệp: Sự phân bố theo nghề nghiệp không đều trong nhóm sản phụ đẻ non. Sản phụ là nông dân chiếm tỷ lệ cao nhất 37,4%; sản phụ là cán bộ, viên chức chiếm tỷ lệ thấp nhất 15,5%.

### 3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của sản phụ đẻ non tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2021 - 2022

**Bảng 3.2.** Đặc điểm về dấu hiệu cơ năng của sản phụ đẻ non khi vào viện

Dấu hiệu	n	Tỷ lệ (%)
Đau bụng	33	21,3
Ra máu âm đạo	4	2,6
Ra nước âm đạo	8	5,2
Ra dịch âm đạo	1	0,6
Đau bụng kèm ra máu hoặc ra nước hoặc ra dịch âm đạo	104	67,1
Khác	5	3,2
Tổng	155	100

Có 67,1% sản phụ vào viện có biểu hiện kết hợp nhiều triệu chứng: Đau bụng kèm ra máu hoặc ra nước hoặc ra dịch âm đạo, chiếm tỷ lệ cao nhất. Sản phụ vào viện có biểu hiện ra dịch âm đạo chiếm tỷ lệ thấp nhất là 0,6%.

**Bảng 3.3.** Đặc điểm về độ mở cổ tử cung của sản phụ đẻ non khi vào viện

Mở cổ tử cung	n	Tỷ lệ (%)
Đóng kín	32	20,6
1 - < 3 cm	77	49,7
$\geq 3$ cm	46	29,7
Tổng	155	100

Có 49,7% sản phụ vào viện với cổ tử cung mở 1 - < 3 cm, chiếm tỷ lệ cao nhất; sản phụ vào viện với cổ tử cung đóng kín chiếm tỷ lệ thấp nhất là 20,6%.

**Bảng 3.4.** Đặc điểm của tình trạng ối của sản phụ đẻ non khi vào viện

Tình trạng ối	n	Tỷ lệ (%)
Đa ối	16	10,3
Thiếu ối	45	29
Bình thường	94	60,6
Tổng	155	100

60,6% sản phụ đẻ non vào viện có tình trạng ối bình thường; 10,3% sản phụ có tình trạng đa ối.

**Bảng 3.5.** Đặc điểm về tình trạng nhiễm khuẩn tiết niệu của sản phụ đẻ non khi vào viện

Tình trạng nhiễm khuẩn tiết niệu	n	Tỷ lệ (%)
Có	98	63,2
Không	57	36,8
Tổng	155	100

Qua bảng trên thể hiện, sản phụ có nhiễm khuẩn tiết niệu khi vào viện chiếm tỷ lệ cao là 63,2%; mặt khác, sản phụ không nhiễm khuẩn tiết niệu chiếm tỷ lệ thấp hơn là 36,8%.

### 3.3. Một số yếu tố liên quan đến đẻ non tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

**Bảng 3.6.** Phân bố tình trạng đẻ non với tuổi thai mà sản phụ dùng làm việc

Tuổi thai mà sản phụ dùng làm việc	22 tuần - 31 tuần 6 ngày		32 tuần - 36 tuần 6 ngày		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
> 7 tháng	0	0	33	24,4	33	21,3	
≤ 7 tháng	20	100	102	75,6	122	78,7	0,008
Tổng	20	100	135	100	155	100	

Có sự khác biệt về tỷ lệ đẻ non giữa các nhóm tuổi thai mà sản phụ dùng làm việc, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,008 < 0,05$ .

**Bảng 3.7.** Phân bố tình trạng đẻ non với số giờ làm việc

Số giờ làm việc	22 tuần - 31 tuần 6 ngày		32 tuần - 36 tuần 6 ngày		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
> 8 giờ/ ngày	2	10	4	3	6	3,9	
≤ 8 giờ/ ngày	18	90	131	97	149	96,1	0,173
Tổng	20	100	135	100	155	100	

Không có sự khác biệt về tỷ lệ đẻ non giữa các nhóm số giờ làm việc với mức ý nghĩa thống kê  $p = 0,173 > 0,05$ .

**Bảng 3.8.** Phân bố tình trạng đẻ non với làm việc nhà

Làm việc nhà	22 tuần - 31 tuần 6 ngày		32 tuần - 36 tuần 6 ngày		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
Có làm và không được hỗ trợ	8	40	46	34,1	54	34,8	
Có làm và được hỗ trợ - Không làm	12	60	89	65,9	101	65,2	0,604
Tổng	20	100	135	100	155	100	

Không có sự khác biệt về tỷ lệ đẻ non giữa các nhóm làm việc nhà với mức ý nghĩa thống kê  $p = 0,604 > 0,05$ .

**Bảng 3.9.** Phân bố tình trạng đẻ non với số lần khám thai của sản phụ

Số lần khám thai	22 tuần - 31 tuần 6 ngày		32 tuần - 36 tuần 6 ngày		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
< 8 lần	13	65	47	34,8	60	38,7	
≥ 8 lần	7	35	88	65,2	95	61,3	0,01
Tổng	20	100	135	100	155	100	

Có sự khác biệt về tỷ lệ đẻ non giữa các nhóm số lần khám thai, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,01 < 0,05$ .

## 4. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu tại bảng 3.1 cho thấy: Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 25 - 29 tuổi (chiếm 36,8%), có 7,7% sản phụ dưới 20 tuổi và 18,1% sản phụ từ 35 tuổi trở lên. Tuổi trung bình của nhóm sản phụ nghiên cứu là  $27,8 \pm 6,229$ . Tuổi cao nhất là 45 và thấp nhất là 16 tuổi. Kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Minh Thanh tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội, nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất trong nhóm đẻ non là 25 - 29 tuổi (38%) [3]. Đây là nhóm tuổi sinh đẻ nên có số lượng sản phụ đến viện nhiều nhất là hoàn toàn phù hợp.

Về nghề nghiệp: Nhóm sản phụ có nghề nghiệp nông dân chiếm tỷ lệ cao nhất là 37,4%, nhóm sản phụ là cán bộ, viên chức chiếm tỷ lệ thấp nhất trong nghiên cứu (3,9%). Kết quả của chúng tôi khác biệt với nghiên cứu của Nguyễn Thị Minh Thanh tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội, nhóm sản phụ có nghề nghiệp tự do chiếm tỷ lệ cao nhất là 43,6% [3]. Có sự khác nhau này là do nghiên cứu của chúng tôi tiến hành tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên là một bệnh viện nằm trên địa bàn vùng Trung du và miền núi phía Bắc, nghề chính là nông dân nên tần suất gặp ở nhóm nông dân cao hơn, trong

khi đó Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội là bệnh viện đặt tại thủ đô của Việt Nam nên phát triển và mở rộng, tạo nhiều cơ hội cho các sản phụ ở mọi ngành nghề có thể đến sinh đẻ tại viện, bên cạnh đó, sự phát triển của nền kinh tế xã hội cũng làm gia tăng những người phụ nữ làm kinh doanh và các nghề tự do.

Trong các triệu chứng cơ năng với các sản phụ đẻ non, sản phụ vào viện có biểu hiện kết hợp nhiều triệu chứng: Đau bụng kèm ra máu hoặc ra nước hoặc ra dịch âm đạo, chiếm tỷ lệ cao nhất (67,1%), tiếp theo là triệu chứng đau bụng (21,3%). Kết quả của chúng tôi khá phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Minh Thanh tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội, triệu chứng ra nước âm đạo chiếm tỷ lệ cao nhất (51,3%), tiếp theo là triệu chứng đau bụng (47,3%) [3]. Chúng tôi có thể giải thích rằng: sản phụ đẻ non vào viện với sự kết hợp của nhiều triệu chứng, phối hợp với nhau, các dấu hiệu này là những dấu hiệu chuyển dạ sớm do sự xuất hiện của các cơn co tử cung, xóa mở cổ tử cung hoặc vỡ ối non, vỡ ối sớm gây ra nên thường gặp ở các sản phụ đẻ non trong các nghiên cứu. Dấu hiệu ra nước âm đạo là dấu hiệu của hiện tượng vỡ ối non và vỡ ối sớm, để lại nhiều nguy cơ cho sản phụ và thai nhi như đẻ non, chuyển dạ kéo dài, nhiễm khuẩn ối, suy thai và nhiễm trùng sơ sinh.

Sự thay đổi cổ tử cung thể hiện bằng hiện tượng xóa mở cổ tử cung là một dấu hiệu quan trọng trong chẩn đoán và tiên lượng điều trị đẻ non. Kết quả của chúng tôi cho thấy tỷ lệ sản phụ đẻ non lúc vào viện có cổ tử cung mở 1 - < 3 cm chiếm tỷ lệ cao nhất là 49,7%. Có 29,7% sản phụ có cổ tử cung mở  $\geq$  3 cm. Kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Minh Thanh tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội, tỷ lệ sản phụ đẻ non lúc vào viện có cổ tử cung mở 1 - 2 cm chiếm tỷ lệ cao nhất là 53,3%. Có 18% sản phụ có cổ tử cung mở 3 - 4 cm [3].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở bảng 3.5 cho thấy, có 60,6% trường hợp bình thường trên siêu âm, thiếu ối chiếm 29%, đa ối chiếm 10,3%. Kết quả của chúng tôi khá phù hợp so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng, Lục Thị Xuân, Nguyễn Thị Giang và cộng sự tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2020, có 72,4% trường hợp bình thường trên siêu âm, thiếu ối chiếm 19,5%, đa ối chiếm 2,4% [2]. Tuy nhiên có sự khác biệt nhiều giữa các tỷ lệ. Điều này có thể giải thích do thời điểm nghiên cứu của 2 nghiên cứu là khác nhau.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, sản phụ có nhiễm khuẩn tiết niệu khi vào viện chiếm tỷ lệ cao là 63,2%; mặt khác, sản phụ không nhiễm khuẩn tiết niệu chiếm tỷ lệ thấp hơn là 36,8%. Kết quả này là khác so với nghiên cứu của Phùng Văn Thuyết tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội, có 6/50 sản phụ (12%) bị nhiễm khuẩn tiết niệu [4]. Sự khác biệt này có thể do cỡ mẫu nghiên cứu khác nhau, nghiên cứu của chúng tôi có 155 sản phụ đẻ non tham gia nghiên cứu, trong khi nghiên cứu của Phùng Văn Thuyết có 50 sản phụ đẻ non tham gia vào

nghiên cứu. Những viêm nhiễm ở đường tiết niệu làm tăng nguy cơ nhiễm trùng toàn thân làm ảnh hưởng không tốt đến sức khỏe của mẹ, thai nhi và làm tăng nguy cơ đẻ non. Do vậy, để hạn chế những viêm nhiễm này cần tuân thủ những biện pháp dự phòng như vệ sinh cá nhân, vệ sinh giao hợp và duy trì lối sống lành mạnh.

Bảng 3.6 cho thấy: Sản phụ dừng làm việc khi tuổi thai  $\leq$  7 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất (78,7%). Bên cạnh đó, cũng chính nhóm này hay gặp nhất ở từng nhóm tuổi thai 22 tuần - 31 tuần 6 ngày và 32 tuần - 36 tuần 6 ngày chiếm tỷ lệ lần lượt là 100% và 75,6%. Có sự khác biệt về tỷ lệ đẻ non giữa các nhóm tuổi thai mà sản phụ dừng làm việc, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,008 < 0,05$ . Kết quả phù hợp với nghiên cứu của Mariana Buen: có sự khác biệt về tỷ lệ đẻ non giữa các nhóm tuổi thai mà sản phụ dừng làm việc [6]. Điều này có thể giải thích rằng, việc nỗ lực trong thời gian làm việc như làm việc đến 8 - 9 tháng trong khi mang thai có thể liên quan đến lợi ích của việc làm, cảm giác hạnh phúc và nhận thức về chất lượng cuộc sống, do vậy có thể làm giảm tỷ lệ đẻ non. Yếu tố này vẫn đang được đánh giá trong y văn và cần có nhiều nghiên cứu khác với quy mô rộng lớn hơn để xác định mối liên quan này.

Bảng 3.7 cho thấy: Sản phụ làm việc  $\leq$  8 giờ chiếm tỷ lệ cao nhất (96,1%). Bên cạnh đó, cũng chính nhóm này hay gặp nhất ở từng nhóm tuổi thai 22 tuần - 31 tuần 6 ngày và 32 tuần - 36 tuần 6 ngày chiếm tỷ lệ lần lượt là 90% và 97%. Không có sự khác biệt về tỷ lệ đẻ non giữa các nhóm số giờ làm việc với mức ý nghĩa thống kê  $p = 0,173 > 0,05$ . Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Mariana Buen: không có sự khác biệt về tỷ lệ đẻ non giữa các nhóm số giờ làm việc [6]. Sản phụ làm việc  $\leq$  8 giờ chiếm tỷ lệ cao, trong khi đó nhóm sản phụ làm việc  $>$  8 giờ chiếm tỷ lệ thấp, điều này có thể giải thích rằng làm việc  $>$  8 giờ/ngày trong khi mang thai có thể liên quan đến lợi ích của việc làm, cảm giác hạnh phúc của sản phụ và chất lượng cuộc sống tốt hơn cho sản phụ, do vậy có thể làm giảm tỷ lệ đẻ non. Yếu tố này vẫn đang được nghiên cứu trong y văn. Để khẳng định điều này, chúng tôi đề nghị thực hiện thêm những nghiên cứu với quy mô lớn hơn.

Bảng 3.8 cho thấy: Sản phụ có làm việc nhà và được hỗ trợ hoặc không làm chiếm tỷ lệ cao nhất (65,2%). Cũng chính nhóm này hay gặp nhất ở từng nhóm tuổi thai 22 tuần - 31 tuần 6 ngày và 32 tuần - 36 tuần 6 ngày chiếm tỷ lệ lần lượt là 60% và 65,9%. Không có sự khác biệt về tỷ lệ đẻ non giữa các nhóm làm việc nhà với mức ý nghĩa thống kê  $p = 0,604 > 0,05$ . Kết quả này khác biệt với nghiên cứu của Mariana Buen: có mối liên quan giữa làm việc nhà với đẻ non [6]. Điều này có thể giải thích rằng, cỡ mẫu của chúng tôi là 155 sản phụ, trong khi cỡ mẫu của tác giả Mariana Buen lớn hơn rất nhiều, nên dẫn đến sự khác biệt. Do vậy cần có các nghiên cứu với quy mô rộng lớn hơn để đánh giá đặc điểm làm việc nhà với đẻ non tại Việt Nam.

Bảng 3.9 cho thấy: Sản phụ khám thai  $\geq 8$  lần chiếm tỷ lệ cao nhất (61,3%). Số lần khám thai hay gặp nhất khác nhau ở từng nhóm đẻ non. Nhóm tuổi thai 22 tuần - 31 tuần 6 ngày tỷ lệ sản phụ khám thai  $< 8$  lần hay gặp nhất (chiếm 65%); nhóm tuổi thai 32 tuần - 36 tuần 6 ngày sản phụ khám thai  $\geq 8$  lần hay gặp nhất, chiếm tỷ lệ 65,2%. Có sự khác biệt về tỷ lệ đẻ non giữa các nhóm số lần khám thai, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,01 < 0,05$ . Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Innocent B. Mboya (2021): có sự khác biệt về tỷ lệ đẻ non giữa các nhóm số lần khám thai, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$  [5]. Số lần khám thai  $< 8$  lần trong thai kỳ có thể dẫn tới tuổi thai đẻ non thấp, điều này có thể giải thích rằng, sản phụ khám thai ít, dẫn tới khả năng phát hiện các yếu tố nguy cơ của đẻ non thấp, từ đó các yếu tố không được loại bỏ, không được dự phòng, do vậy dẫn tới đẻ non.

## 5. KẾT LUẬN

Có 67,1% sản phụ vào viện có biểu hiện kết hợp nhiều triệu chứng: Đau bụng kèm ra máu hoặc ra nước hoặc ra dịch âm đạo. Có 49,7% sản phụ vào viện với cổ tử cung mở 1 - < 3 cm. Có 29% sản phụ có tình trạng thiếu ối. Sản phụ có nhiễm khuẩn tiết niệu khi vào viện chiếm tỷ lệ cao là 63,2%.

Một số yếu tố liên quan đến đẻ non là: tuổi thai mà sản phụ dừng làm việc và số lần khám thai, với mức ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$ .

## 6. KIẾN NGHỊ

Các bác sĩ, hộ sinh cần tư vấn các sản phụ về thời gian làm việc, nghỉ ngơi trong suốt quá trình mang thai.

Cần tuyên truyền, đẩy mạnh công tác khám thai, siêu âm thai, xét nghiệm nước tiểu, ... để phát hiện các dấu hiệu bệnh lý, nhằm quản lý thai nghén hiệu quả.

Bệnh viện cần tiến hành nghiên cứu với quy mô rộng hơn nữa về một số yếu tố liên quan với đẻ non.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2016), "Đạ đẻ non và đẻ non", Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản, tr. 111 - 114.
2. Nguyễn Thị Hồng, Lục Thị Xuân, Nguyễn Thị Giang và cộng sự (2022), "Tình hình kết quả sinh non tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2020", Tạp chí Phụ sản, 20(3), tr. 50 - 54.
3. Nguyễn Thị Minh Thanh (2019), "Nghiên cứu một số yếu tố liên quan đẻ non tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội", Luận văn tốt nghiệp Chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. Phùng Văn Thuyết (2019), "Nhận xét tình hình đẻ non tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ tháng 10/2018 đến tháng 4/2019", Khóa luận tốt nghiệp ngành y đa khoa - Khoa Y dược - Đại học Quốc gia Hà Nội, tr. 1 - 71.
5. Innocent B. Mboya, Michael J. Mahande, Joseph

Obure, et al (2021), "Predictors of singleton preterm birth using multinomial regression models accounting for missing data: A birth registry-based cohort study in northern Tanzania", PLoS ONE, 16(4), pp. 1 - 23.

6. Mariana Buen, Eliana Amaral, Renato T. Souza, et al (2020), "Maternal Work and Spontaneous Preterm Birth: A Multicenter Observational Study in Brazil", Scientific Reports, 10(9684), pp. 1 - 10.

7. World Health Organization (WHO) (2023), Preterm birth, Online: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth#:~:text=Overview, ngày 05/08/2023>.