

## NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT CỤC THAI KỲ CỦA SẢN PHỤ SINH NON TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN - NHI ĐÀ NẴNG

Thái Bảo Nhị Lang<sup>1</sup>, Nguyễn Đình Phương Thảo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Khoa Y, Trường Đại học Kỹ thuật Y - Dược Đà Nẵng, Đà Nẵng, Việt Nam

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết cục thai kỳ của sản phụ sinh non tại bệnh viện Phụ Sản - Nhi Đà Nẵng.

**Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 125 sản phụ sinh non tại bệnh viện Phụ Sản - Nhi Đà Nẵng trong thời gian từ tháng 11 năm 2023 đến hết tháng 02 năm 2024. Nghiên cứu được tiến hành thông qua phỏng vấn các đối tượng nghiên cứu theo phiếu điều tra, thăm khám ghi nhận triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và theo dõi đánh giá kết cục thai kỳ nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết cục thai kỳ ở những thai phụ sinh non.

**Kết quả:** Tỷ lệ sản phụ có triệu chứng đau bụng từng cơn là 75,2%, ra dịch âm đạo là 57,6%, và đau lưng là 31,2%; 79,2% có ít hơn 2 cơn go tử cung trong 10 phút và 20,8% trường hợp có  $\geq 2$  cơn go tử cung trong 10 phút; 70,4% trường hợp cổ tử cung mở ít hơn 3 cm; 11,2% rỉ ối và 31,2% ối vỡ hoàn toàn; 24% sản phụ có thiếu máu; 10,8% bánh nhau trường thành ở mức độ I và mức độ 0 là 0,7%. Tỷ lệ sản phụ sinh ngã âm đạo chiếm 60,8%; tai biến thường gặp sau sinh bao gồm nhau bong không trọn (24%), đờ tử cung (12,8%) và băng huyết sau sinh (1,6%). Tỷ lệ trẻ non muộn chiếm 63,8%, 9,2% non trung bình, 12,1% trẻ rất non và 14,9% trẻ cực non, 46,1% nhẹ cân, 9,9% trẻ cực nhẹ cân, 11,3% trẻ rất nhẹ cân, 23,6% trẻ sinh non có cân nặng bình thường. 15,6% trẻ tử vong sau sinh và 55,3% trẻ nhập khoa nhi.

**Kết luận:** Sinh non có thể dẫn đến nhiều kết cục bất lợi cho cả bà mẹ và trẻ sơ sinh, do đó cần thực hiện tốt theo dõi tình trạng của sản phụ sinh non và trẻ sinh non nhằm phát hiện sớm các biến chứng và có biện pháp xử trí kịp thời.

**Từ khóa:** Sinh non, kết cục thai kỳ, Bệnh viện Phụ sản - Nhi Đà Nẵng.

### ABSTRACT

#### STUDY ON CLINICAL CHARACTERISTICS, PARACLINICAL AND OUTCOMES OF PREMATURE BIRTH WOMEN AT DA NANG HOSPITAL FOR WOMEN AND CHILDREN

Thái Bảo Nhị Lang<sup>1</sup>, Nguyen Dinh Phuong Thao<sup>1</sup>

**Objective:** Describe the clinical and paraclinical characteristics and evaluate the pregnancy outcomes of preterm births at Da Nang Hospital for Women and Children.

**Methods:** A cross-sectional study was conducted on 125 women who experienced preterm birth at Da Nang Women's and Children's Hospital between November 2023 and February 2024. The study involved interviewing participants using a questionnaire, conducting clinical examinations to record clinical and paraclinical symptoms, and following up to assess pregnancy outcomes. The aim was to describe the clinical and paraclinical characteristics and evaluate the pregnancy outcomes of these preterm births.

**Results:** The prevalence of symptoms included intermittent abdominal pain (75.2%), vaginal discharge (57.6%), and back pain (31.2%). Approximately 79.2% had fewer than 2 uterine contractions in 10 minutes, while 20.8% had

Ngày nhận bài: 15/9/2024. Ngày chỉnh sửa: 30/9/2024. Chấp thuận đăng: 19/10/2024

Tác giả liên hệ: Nguyễn Đình Phương Thảo. Email: ndpthao@dhktyduocdn.edu.vn. ĐT: 0903573001

## Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết cục thai kỳ...

$\geq 2$  contractions. Cervical dilation was less than 3 cm in 70.4% of cases. Other findings included premature rupture of membranes (11.2%), complete rupture of membranes (31.2%), anemia (24%), and placental maturity grade I (10.8%). The rate of vaginal delivery was 60.8%. Common postpartum complications included retained placenta (24%), uterine atony (12.8%), and postpartum hemorrhage (1.6%). Regarding neonatal outcomes, 63.8% were late preterm, 9.2% moderately preterm, 12.1% very preterm, and 14.9% extremely preterm. Birth weight distribution included 46.1% low birth weight, 9.9% very low birth weight, 11.3% extremely low birth weight, and 23.6% normal birth weight. Neonatal mortality was 15.6%, and 55.3% of infants were admitted to the neonatal ward.

**Conclusion:** Preterm birth can lead to numerous adverse outcomes for both mothers and infants. Therefore, close monitoring of preterm mothers and infants is crucial to early detection and timely management of complications.

**Keywords:** Premature birth, pregnancy outcomes, Da Nang Hospital for Women and Children.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO), sinh non được định nghĩa là khi trẻ được sinh ra ở tuổi thai từ 22 tuần đến trước 37 tuần của chu kỳ mang thai. Theo thống kê, trẻ sinh non hàng năm trên toàn thế giới chiếm khoảng 11%, trung bình cứ 10 trẻ sơ sinh thì có 1 trẻ sinh non và mỗi 02 giây sẽ có một em bé sinh non ra đời [1, 2]. Tỷ lệ sinh non hầu như không thay đổi trong thập kỷ qua và một số nơi tỷ lệ này đang tăng lên, trong đó có Việt Nam [3]. Sinh non là nguyên nhân tử vong hàng đầu ở trẻ dưới 5 tuổi, có khoảng 900.000 ca tử vong do sinh non mang lại vào năm 2019 [4]. Chăm sóc một trẻ sinh non rất tốn kém, những di chứng về tâm thần kinh là gánh nặng cho gia đình cũng như xã hội sau này. Sản phụ sinh non dễ biến chứng sót nhau, nhiễm khuẩn hậu sản [5]. Do đó, sinh non luôn là một trong những vấn đề quan trọng đối với các thầy thuốc Sản phụ khoa, Nhi khoa và xã hội.

Bệnh viện Phụ Sản - Nhi Đà Nẵng là bệnh viện tuyến cuối của thành phố Đà Nẵng, thường xuyên tiếp nhận những trường hợp nặng từ tuyến dưới hoặc các khu vực lân cận chuyển lên, trong đó có sinh non. Nghiên cứu về sinh non tại Đà Nẵng vẫn còn hạn chế. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm cung cấp tổng quan hơn về những đặc điểm và kết cục thai kỳ ở sản phụ sinh non, để có thể chẩn đoán, theo dõi, xử trí và hạn chế những bất lợi cho sản phụ và trẻ sơ sinh do sinh non mang lại. Vì vậy, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài nhằm các mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của sản phụ sinh non và đánh giá kết cục thai kỳ của đối

tượng nghiên cứu trên tại bệnh viện Phụ Sản - Nhi Đà Nẵng.

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

#### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Những sản phụ sinh non được nhập viện tại bệnh viện Phụ sản - Nhi Đà Nẵng trong thời gian từ tháng 11 năm 2023 đến hết tháng 02 năm 2024.

**Tiêu chuẩn chọn đối tượng:** Tuổi thai từ 22 tuần đến 36 tuần 6 ngày dựa vào kỳ kinh cuối hoặc siêu âm 3 tháng đầu, thai sống, thai không mắc bệnh lý và đồng ý tham gia nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Các trường hợp tuổi thai không chính xác hoặc tuổi thai theo ngày kinh cuối trên thai phụ kinh nguyệt không đều, các trường hợp hợp nhau bong non, nhau tiền đạo; có chỉ định đình chỉ thai nghén; phá thai ngoài ý muốn; thai phụ có vết mổ ở tử cung hoặc có bệnh lý ở tử cung như tử cung dị dạng, tử cung đôi, tử cung hai sừng, u xơ tử cung, dọa vỡ tử cung; mẹ mắc bệnh tim mạch, suy gan, Basedow; thai có bệnh lý: như thai chết lưu, thai chậm phát triển trong buồng tử cung, dị tật bẩm sinh; quá trình mang thai xảy ra chấn thương; thai phụ không minh mẫn, không trả lời chính xác câu hỏi.

#### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

**Cỡ mẫu:** Áp dụng công thức ước tính một tỷ lệ để tính cỡ mẫu:

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

Trong đó:

n: cỡ mẫu nhỏ nhất hợp lý

p = 0,0377: với p là tỷ lệ sinh non: 3,77% theo nghiên cứu của Nguyễn Văn Trung (2018) [6].

## Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết cục thai kỳ...

$\Delta$ : khoảng sai lệch cho phép giữa tỷ lệ thu được từ mẫu và tỷ lệ của quần thể. Chọn  $\Delta = 0,035$ .

$\alpha$ : Mức ý nghĩa thống kê. Với  $\alpha = 0,05$  thì  $Z\alpha/2 = 1,96$ .

$Z\alpha/2$ : giá trị Z thu được từ bảng Z ứng với giá trị  $\alpha$  được chọn

Theo công thức trên, cỡ mẫu tính được là:  $n = 114$  người. Trong quá trình nghiên cứu, chúng tôi đã thu được 125 sản phụ sinh non vào mẫu.

**Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện gồm tất cả những sản phụ sinh non đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

**Phương pháp thu thập số liệu:** Nghiên cứu được tiến hành thông qua phỏng vấn trực tiếp các đối tượng nghiên cứu theo phiếu điều tra đã được thiết kế sẵn, khám lâm sàng, theo dõi triệu chứng cơ năng và thực thể của các đối tượng nghiên cứu để thu thập số liệu liên quan.

**Nội dung nghiên cứu:** Các đối tượng được phỏng vấn, thăm khám và theo dõi để thu thập những thông tin cá nhân và tiền sử như: họ và tên, tuổi, địa chỉ, nghề nghiệp, trình độ học vấn, tiền sử sản khoa, lần sinh con hiện tại và phương pháp mang thai. Thăm khám và ghi nhận các triệu chứng lâm sàng như triệu

chứng cơ năng, số cơn go tử cung, độ mở cổ tử cung, tình trạng ối, màu sắc ối; các triệu chứng cận lâm sàng như công thức máu toàn phần, siêu âm độ trưởng thành bánh nhau. Theo dõi kết cục thai kỳ của sản phụ như phương pháp chấm dứt thai kỳ, tai biến sau sinh; kết cục của trẻ sinh non bao gồm tuổi thai, cân nặng, tình trạng sau sinh, chỉ số Apgar, chăm sóc sau sinh.

### 2.3. Xử lý và phân tích số liệu

Xử lý số liệu bằng phương pháp thống kê y học bằng phần mềm SPSS 22.0. Áp dụng các thuật toán thống kê mô tả, kết quả của các biến được phân nhóm và trình bày theo giá trị trung bình, độ lệch chuẩn ( $X \pm SD$ ) và tần số, tỷ lệ phần trăm. Phép kiểm Fisher Exact để kiểm định, khác biệt có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ .

### 2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của Trường đại học Kỹ thuật Y - Dược Đà Nẵng với số quyết định 69/CT-HĐĐĐ. Nghiên cứu được sự đồng ý của Ban Lãnh đạo Bệnh viện Phụ Sản - Nhi Đà Nẵng. Đối tượng tự nguyện tham gia nghiên cứu và có quyền từ chối tham gia nghiên cứu. Các thông tin thuộc cá nhân của đối tượng đều được giữ kín.

## III. KẾT QUẢ

Sản phụ có triệu chứng đau bụng từng cơn chiếm tỷ lệ cao nhất trong các triệu chứng cơ năng (75,2%). Sản phụ có  $< 2$  cơn go tử cung trong 10 phút chiếm tỷ lệ cao nhất trong các triệu chứng thực thể (79,2%), tiếp theo là cổ tử cung mở  $< 3$  cm chiếm 70,4%. Rỉ ối chiếm tỷ lệ thấp nhất trong các triệu chứng thực thể của sinh non (11,2%). Cổ tử cung mở  $\geq 3$  cm và có  $\geq 2$  cơn go tử cung trong 10 phút chiếm tỷ lệ tương đối trong các triệu chứng thực thể của sinh non (tương ứng với 29,6% và 20,8%) (bảng 1). Kết quả cho thấy có 24,0% trường hợp sản phụ sinh non có tình trạng thiếu máu (bảng 2).

**Bảng 1:** Đặc điểm lâm sàng của sản phụ sinh non ( $n=125$ )

| Triệu chứng/Đặc điểm |                                 | Số trường hợp | Tỷ lệ % |
|----------------------|---------------------------------|---------------|---------|
| Cơ năng              | Ra dịch âm đạo                  | 72            | 57,6    |
|                      | Đau bụng từng cơn               | 94            | 75,2    |
|                      | Đau lưng                        | 39            | 31,2    |
| Thực thể             | $< 2$ cơn go tử cung/10 phút    | 99            | 79,2    |
|                      | $\geq 2$ cơn go tử cung/10 phút | 26            | 20,8    |
|                      | CTC mở $< 3$ cm                 | 88            | 70,4    |
|                      | CTC mở $\geq 3$ cm              | 37            | 29,6    |
|                      | Rỉ ối                           | 14            | 11,2    |
|                      | Ối vỡ hoàn toàn                 | 39            | 31,2    |

*Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết cục thai kỳ...*

**Bảng 2:** Đặc điểm cận lâm sàng của sản phụ sinh non (n=125)

| Phân loại Hb | Số trường hợp | Tỷ lệ % |
|--------------|---------------|---------|
| < 110 g/L    | 30            | 24,0    |
| ≥ 110 g/L    | 95            | 76,0    |
| Tổng cộng    | 125           | 100,0   |

Trong các phương pháp chấm dứt thai kỳ ở sản phụ sinh non, sinh qua ngã âm đạo chiếm tỷ lệ cao nhất (60,8%) và thấp nhất là mổ lấy thai (39,2%). Nhau bong không trọn chiếm tỷ lệ cao nhất trong các tai biến sau sinh (24,0%), tiếp theo là dờ tử cung (12,8%) và thấp nhất là băng huyết sau sinh (1,6%) (bảng 3).

**Bảng 3:** Kết cục thai kỳ của sản phụ sinh non (n=125)

| Kết cục thai kỳ              |                      | Số trường hợp | Tỷ lệ % |
|------------------------------|----------------------|---------------|---------|
| Phương pháp chấm dứt thai kỳ | Sinh ngã âm đạo      | 76            | 60,8    |
|                              | Mổ lấy thai          | 49            | 39,2    |
| Tai biến sau sinh            | Nhau bong không trọn | 30            | 24,0    |
|                              | Đờ tử cung           | 16            | 12,8    |
|                              | Băng huyết sau sinh  | 2             | 1,6     |

Non muộn và nhẹ cân chiếm tỷ lệ cao nhất trong kết cục trẻ sinh non (tương ứng 63,8% và 46,1%), 55,3% trẻ nhập khoa Nhi ngay sau sinh, trẻ tử vong chiếm tỷ lệ cao 15,6% (bảng 4). Tỷ lệ tử vong của trẻ cực non và cực nhẹ cân là rất cao, lần lượt 81,0% và 100% (bảng 5).

**Bảng 4:** Kết cục của trẻ sinh non

| Kết cục             |                                  | Số trường hợp | Tỷ lệ % |
|---------------------|----------------------------------|---------------|---------|
| Tuổi thai           | Cực non (22 - 27 tuần)           | 21            | 14,9    |
|                     | Rất non (từ 28 - 31 tuần)        | 17            | 12,1    |
|                     | Non trung bình (từ 32 - 33 tuần) | 13            | 9,2     |
|                     | Non muộn (từ 34 - 36 tuần)       | 90            | 63,8    |
| Cân nặng lúc sinh   | Cực nhẹ cân (< 1000g)            | 14            | 9,9     |
|                     | Rất nhẹ cân (1000 - 1499g)       | 16            | 11,3    |
|                     | Nhẹ cân (1500 - 2499g)           | 65            | 46,1    |
|                     | Bình thường (≥ 2500g)            | 46            | 32,6    |
| Tình trạng sau sinh | Sống                             | 119           | 84,4    |
|                     | Tử vong                          | 22            | 15,6    |
| Chăm sóc sau sinh   | Nhập khoa nhi sơ sinh            | 78            | 55,3    |
|                     | Chăm sóc cạnh mẹ                 | 54            | 38,3    |
|                     | Chuyển nhà đại thể               | 9             | 6,4     |

**Bảng 5:** Mối liên quan giữa tình trạng tử vong sau sinh của trẻ với tuổi và cân nặng lúc sinh

| Mối liên quan           |                | Số trường hợp sống |       | Số trường hợp tử vong |       | Tổng n (%) |       | p       |
|-------------------------|----------------|--------------------|-------|-----------------------|-------|------------|-------|---------|
|                         |                | n                  | %     | n                     | %     | n          | %     |         |
| Liên quan với tuổi thai | Cực non        | 4                  | 19,0  | 17                    | 81,0  | 21         | 100,0 | < 0,001 |
|                         | Rất non        | 14                 | 82,4  | 3                     | 17,6  | 17         | 100,0 |         |
|                         | Non trung bình | 13                 | 100,0 | 0                     | 0,0   | 13         | 100,0 |         |
|                         | Non muộn       | 88                 | 97,8  | 2                     | 2,2   | 90         | 100,0 |         |
| <b>Tổng</b>             |                | 119                | 84,4  | 22                    | 15,6  | 141        | 100,0 |         |
| Liên quan với cân nặng  | Cực nhẹ cân    | 0                  | 0,0   | 14                    | 100,0 | 14         | 100,0 | < 0,001 |
|                         | Rất nhẹ cân    | 10                 | 62,5  | 6                     | 37,5  | 16         | 100,0 |         |
|                         | Nhẹ cân        | 63                 | 96,9  | 2                     | 3,1   | 65         | 100,0 |         |
|                         | Bình thường    | 46                 | 100,0 | 0                     | 0,0   | 46         | 100,0 |         |
| <b>Tổng</b>             |                | 119                | 84,4  | 22                    | 15,6  | 141        | 100,0 |         |

#### IV. BÀN LUẬN

Với kết quả ở bảng 3.1, tỷ lệ sản phụ có triệu chứng đau bụng từng cơn chiếm tỷ lệ lớn nhất với 75,2%, tiếp theo là ra dịch âm đạo với 57,6% và 31,2% sản phụ đau lưng. Tỷ lệ sản phụ có triệu chứng đau bụng từng cơn và ra dịch âm đạo trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với Nguyễn Thị Phương (2018), tuy nhiên nghiên cứu cũng cho thấy các sản phụ sinh non tại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội cũng vào viện chủ yếu với 60,9% đau bụng từng cơn và ra dịch âm đạo là 31% [7]. Nguyên nhân có thể do triệu chứng đau bụng là một dấu hiệu chủ quan của sản phụ, ngưỡng đau của mỗi người là khác nhau nên dẫn đến có sự chênh lệch về tỷ lệ trong các nghiên cứu.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận, 79,2% trường hợp có ít hơn 2 cơn go tử cung trong 10 phút, tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Gấm (2017) và Phùng Văn Thuyết (2019) là 77,4% và 72% [8, 9]. Như vậy, có thể thấy phần lớn các sản phụ sinh non khi vào viện đều có ít hơn 2 cơn go tử cung trong 10 phút. Bên cạnh đó, có 70,4% sản phụ sinh non có CTC mở dưới 3 cm, chỉ 29,6% có CTC mở hơn 3 cm. Kết quả này tương tự với kết quả của Phùng Văn Thuyết (2019), cổ tử cung mở  $\leq 2$ cm chiếm 72% và cũng tương tự nghiên

cứu của Nguyễn Thị Hồng Gấm (2017) là 67,4% [8, 9]. Điều này được lý giải rằng sản phụ đến trong pha tiềm ẩn của chuyển dạ nên ghi nhận số cơn go là chưa nhiều.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 11,2% trường hợp rỉ ối và 31,2% ối vỡ hoàn toàn. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ít hơn so với nghiên cứu của Phùng Văn Thuyết (2019), rỉ ối và ối vỡ hoàn toàn chiếm 60% [8]. Điều này có thể được lý giải rằng sản phụ trong nghiên cứu của chúng tôi ít bị viêm âm đạo hơn so với nghiên cứu của tác giả trên, viêm âm đạo là nguyên nhân dẫn đến rỉ ối và vỡ ối.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở bảng 3.2 cũng ghi nhận rằng thiếu máu (Hb < 110g/L) chiếm tỷ lệ 24,0%, cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng (2022) (16,3%) [10]. Điều này được lý giải có thể do có sự khác biệt về trình độ học vấn, điều kiện kinh tế, tình trạng bổ sung viên sắt trong thai kỳ cũng như kiến thức chăm sóc thai kỳ của các sản phụ là khác nhau dẫn đến thiếu máu là khác nhau.

Kết cục thai kỳ của sản phụ sinh non: Kết quả ở bảng 3.3 ghi nhận rằng sinh ngã âm đạo chiếm 60,8%, mổ lấy thai chiếm 39,2%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Gấm (2017), tỷ lệ sinh qua đường âm đạo là 68,3% và mổ đẻ là 32,7% [9].

## ***Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết cục thai kỳ...***

Cân nặng của thai nhi thấp nên nếu không kèm theo các yếu tố nguy cơ khác thì có thể sinh đường âm đạo. Kết quả nghiên cứu cũng ghi nhận trong số các tai biến sau sinh, nhau bong không trọn chiếm tỷ lệ cao nhất với 24,0%.

Bên cạnh đó, có 12,8% trường hợp sản phụ sinh non có biến chứng đờ tử cung và 1,6% băng huyết sau sinh. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Pubu ZM và cộng sự (2021) tỷ lệ băng huyết sau sinh ở phụ nữ sinh non là 1,98% [11]. Sinh non có thể dẫn đến nhiều kết cục bất lợi đối với sản phụ. Do đó cần theo dõi chặt chẽ để có thể phát hiện sớm và xử trí kịp thời khi có biến chứng.

Kết cục của trẻ sinh non: Bảng 3.4 ghi nhận trẻ sinh non muộn chiếm 63,8%. Trong khi đó số trẻ cực non và rất non chiếm tỷ lệ tương đối, lần lượt 14,9% và 12,1%. Kết quả nghiên cứu của chúng tương tự với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng (Thái Nguyên - 2022) và Nguyễn Văn Trung (Hà Nội - 2018), trẻ non muộn chiếm cao nhất với tỷ lệ lần lượt là 62,2% và 65,9% [6, 10].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận trẻ sinh nhẹ cân chiếm tỷ lệ 46,1%, thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương (2020) và Nguyễn Thị Hồng (2022) (62,3% và 53,7%). Tỷ lệ trẻ rất nhẹ cân trong nghiên cứu của chúng tôi là 11,3% thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương (17,9%) nhưng lại cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng (8,9%) [10, 12]. Sự khác nhau có thể do địa dư hoặc sự chăm sóc, quản lý thai kỳ và chế độ dinh dưỡng của các bà mẹ là khác nhau.

Bảng 3.4 trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận 15,6% trẻ sinh non tử vong. Tỷ lệ tử vong sơ sinh trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng và cộng sự (2022) tại Khoa Sản Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, tỷ lệ này trong nghiên cứu của tác giả là 4,9% [10]. Điều này có thể là do có sự khác biệt về tuổi thai của các sản phụ tham gia nghiên cứu.

Với kết quả ở bảng 3.4, 55,3% trẻ phải chuyển khoa nhi sơ sinh để tiếp tục theo dõi và chăm sóc, chỉ có 38,3% trẻ được chăm sóc cạnh mẹ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với kết quả của Nguyễn Thị Hồng và cộng sự (2022) với 54,5% trẻ sinh non trong nghiên cứu chuyển khoa nhi điều trị và 40,6% được chăm sóc cạnh mẹ [10]. Giải thích cho điều này là do trẻ sinh non chưa phát triển hoàn

thiện về các cơ quan và hệ thống miễn dịch dẫn đến phải đối mặt với nhiều nguy cơ bệnh tật, cần được chăm sóc và theo dõi tại khoa Nhi sơ sinh để có thể phát hiện và xử trí kịp thời.

Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận có sự chênh lệch rõ rệt giữa các nhóm tỷ lệ tử vong sơ sinh non tháng giữa các nhóm tuổi thai. Sinh cực non có tỷ lệ tử vong là cao nhất (81,0%). Trong khi đó tỷ lệ tử vong ở nhóm rất non là 17,6%. Tỷ lệ tử vong của trẻ sinh non ở hai nhóm này cao hơn so với các nhóm còn lại và sự khác biệt này có ý nghĩa về mặt thống kê ( $p < 0,001$ ). Nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Gấm (2017) ghi nhận tỷ lệ tử vong ở trẻ cực non là 90%, rất non là 45,5% [9]. Như vậy có thể thấy, tuổi thai càng thấp càng dễ tử vong. Điều này có thể được giải thích do ở thai non tháng thường chưa phát triển đầy đủ các cơ quan và chức năng. Bên cạnh đó, hệ thống miễn dịch của thai non tháng thường chưa phát triển hoàn chỉnh, làm tăng nguy cơ nhiễm trùng.

Kết quả bảng 3.5 ghi nhận tỷ lệ tử vong của trẻ sinh non có liên quan rõ rệt với cân nặng sơ sinh. Cân nặng càng thấp tỷ lệ tử vong sơ sinh càng cao. Cụ thể nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 100% trẻ cực nhẹ cân và 37,5% trẻ rất nhẹ cân tử vong sau sinh. Không có trường hợp tử vong nào đối với trẻ sinh non có cân nặng bình thường ( $p < 0,001$ ). Tỷ lệ tử vong sơ sinh non tháng trong nhóm rất nhẹ cân trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Gấm đã công bố, tỷ lệ này là 70,5% năm 2011 và 54,3% năm 2016 [9]. Điều đó cho thấy ngày nay do điều kiện phát triển kinh tế, thai phụ có điều kiện dinh dưỡng tốt hơn, trọng lượng sơ sinh được cải thiện một cách đáng kể. Hơn nữa trang thiết bị của bệnh viện ngày một hiện đại hơn, điều kiện phương tiện hồi sức sơ sinh được tốt hơn, do trình độ chuyên môn của nhân viên y tế chăm sóc và điều trị sơ sinh tốt hơn và có sự chuyên môn hóa một cách rõ rệt nên giảm tỷ lệ tử vong của trẻ có cân nặng thấp.

### **V. KẾT LUẬN**

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của sản phụ sinh non, đau bụng từng cơn chiếm tỷ lệ cao nhất (75,2%), tiếp theo là ra dịch âm đạo (57,6%) và thấp nhất là đau lưng (31,2%). Có ít hơn hai cơn go tử cung trong 10 phút chiếm tỷ lệ cao (79,2%). Cổ tử cung mở dưới 3cm chiếm tỷ lệ cao (70,4%). Ối vỡ hoàn toàn chiếm tỷ lệ tương đối cao (31,2%) và ri

ôi chiếm tỷ lệ thấp nhất (11,2%). Sản phụ thiếu máu chiếm tỷ lệ tương đối (24,0%). Về kết cục thai kỳ của sản phụ sinh non, sản phụ sinh đường âm đạo chiếm tỷ lệ cao 60,8%. Nhau bong không trọn chiếm tỷ lệ tương đối (24,0%). Đờ tử cung và băng huyết sau sinh chiếm tỷ lệ thấp (tương ứng 12,8% và 1,6%). Trẻ đẻ non muộn chiếm tỷ lệ cao nhất (63,8%), tiếp theo là trẻ cực non (14,9%) và rất non (12,1%), thấp nhất là trẻ non trung bình (9,2%). Trẻ nhẹ cân chiếm tỷ lệ cao nhất (46,1%), tiếp theo là trẻ rất nhẹ cân (11,3%), trẻ cực nhẹ cân cũng chiếm 9,9%. Trẻ sinh non phải nhập viện Khoa Nhi chiếm tỷ lệ cao (55,3%) và đặc biệt có 15,6% trẻ tử vong sau sinh.

### **Xung đột lợi ích**

Các tác giả khẳng định không có xung đột lợi ích đối với các nghiên cứu, tác giả, và xuất bản bài báo.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Walani SR. Global burden of preterm birth. Int J Gynaecol Obstet. 2020;150(1):31-33.
2. Ohuma E MA-B, Bradley E National, regional, and worldwide estimates of preterm birth in 2020, with trends from 2010: a systematic analysis. Lancet. 2023.
3. Hashmi A, Darakamon MC, Aung KK, Mu M, Misa P, Jittamala P, et al. Born too soon in a resource-limited setting: A 10-year mixed methods review of a special care baby unit for refugees and migrants on the Myanmar-Thailand border. Frontiers in Public Health. 2023;11:1144642.
4. Perin J, Mulick A, Yeung D, Villavicencio F, Lopez G, Strong KL, et al. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-19: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. Lancet Child Adolesc Health. 2022;6(2):106-115.
5. Bộ môn Phụ Sản. Sinh non. Giáo trình Module 19 Phụ Sản 1, NXB Đại học Huế. 2021:254 - 264.
6. Nguyễn Văn Trung. Nghiên cứu tình hình đẻ non tại khoa Phụ Sản - Bệnh viện đa khoa huyện Đan Phượng trong 06 tháng từ tháng 02/2017 đến tháng 07/2017. Bệnh viện đa khoa huyện Đan Phượng. 2018(17(3)).
7. Nguyễn Thị Phương. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị đẻ non tại bệnh viện phụ sản Hà Nội năm 2017. Luận văn tốt nghiệp, Khoa Y dược, Đại học Quốc gia Hà Nội. 2018.
8. Thuyết PV. Nhận xét tình hình đẻ non tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ tháng 10/2018 đến tháng 4/2019. Luận văn tốt nghiệp Khoa Y dược, Đại học Quốc gia Hà Nội. 2019.
9. sự NTHGvc. Nhận xét thái độ sử trí đẻ non tại bệnh viện Phụ sản Trung ương trong 2 giai đoạn 2011 và 2016. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú đại học Y Hà Nội. 2017.
10. Nguyễn Thị Hồng, Lục Thị Xuân, Nguyễn Thị Giang, Bé Thị Hoa, Cao Thị Quỳnh Anh, Hoàng Quốc Huy. Tình hình kết quả sinh non tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2020. Tạp chí Phụ sản. 2022;20(3):50-54.
11. Pubu ZM, Bianba ZM, Yang G, CyRen LM, Pubu DJ, Suo Lang KZ, et al. Factors Affecting the Risk of Postpartum Hemorrhage in Pregnant Women in Tibet Health Facilities. Med Sci Monit. 2021;27:e928568.
12. Nguyễn Thị Phương, Nguyễn Văn Sơn, Nguyễn Bích Hoàng. Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của trẻ đẻ non tại bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên. TNU Journal of Science and Technology. 2020;225(11):83-88.