

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kyaw M. S., Ebihara A., Kasuga Y., et al.** (2021), "Influence of rotational speed on torque/force generation and shaping ability during root canal instrumentation of extracted teeth with continuous rotation and optimum torque reverse motion", *Int Endod J*, 54 (9), pp. 1614-1622.
2. **Donnermeyer D., Viedenz A., Schäfer E.** (2020), "Impact of new cross-sectional designs on the shaping ability of rotary NiTi instruments in S-shaped canals", *Odontology*, 108 (2), pp. 174-179.
3. **Plotino G., Nagendrababu V., Bukiet F., et al.** (2020), "Influence of Negotiation, Glide Path, and Preflaring Procedures on Root Canal Shaping-Terminology, Basic Concepts, and a Systematic Review", *J Endod*, 46 (6), pp. 707-729.
4. **Htun P. H., Ebihara A., Maki K., et al.** (2021), "Comparison of Torque, Screw-in Force, and Shaping Ability of Glide Path Instruments in Continuous Rotation and Optimum Glide Path Motion", *J Endod*, 47 (1), pp. 94-99.
5. **Bürklein S., Donnermeyer D., Hentschel T. J., et al.** (2021), "Shaping Ability and Debris Extrusion of New Rotary Nickel-Titanium Root Canal Instruments", *Materials* (Basel, Switzerland), 14 (5), pp. 1063.
6. **Phạm Hùng Cường, Trịnh Thị Thái Hà** (2024), "Kết quả điều trị nội nha nhóm răng hàm lớn hàm dưới có sử dụng hệ thống trục xoay Jizai", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 543 (1), tr. 45-52.
7. **Bệnh viện Răng Hàm Mặt** (2023), "Phác đồ điều trị vãng viêm tủy không hồi phục", Phác đồ điều trị Bệnh viện Răng Hàm Mặt, NXB Y học.
8. **Almnea R. A., Mohammad Al Ageel Albeaji S., Ali Alelyani A., et al.** (2024), "Comparative Analysis of Three Nickel-Titanium Rotary Files in Severely Curved L-Shaped Root Canals: Preparation Time, Aberrations, and Fracture Rates", *Clinical, cosmetic and investigational dentistry*, 16, pp. 1-9.
9. **Neelakantan P., Vishwanath V., Taschieri S., et al.** (2022), "Present status and future directions: Minimally invasive root canal preparation and periradicular surgery", *International Endodontic Journal*, 55 (S4), pp. 845-871.
10. **Vũ Quang Hưng, Nguyễn Trọng Cảnh, Phạm Thị Hồng Thủy** (2021), "Đánh giá lâm sàng của vật liệu trám bít ống tủy Guita Flow Bioseal", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 503 (Tháng 6 - Số đặc biệt - phần 2), tr. 243-250.

TỶ LỆ TRẺ SINH NON VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI TỈNH CÀ MAU NĂM 2024

Huỳnh Ngọc Linh¹, Nguyễn Việt Trí²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Sinh non là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong sơ sinh và di chứng phát triển lâu dài. Việc xác định các yếu tố nguy cơ có thể can thiệp giúp giảm tỷ lệ sinh non, cải thiện kết cục thai kỳ. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ trẻ sinh non và mối liên quan giữa các yếu tố dịch tễ, lâm sàng của mẹ tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Cà Mau năm 2024. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 2.378 sản phụ sinh tại Bệnh viện Sản Nhi Cà Mau từ tháng 01 đến tháng 12 năm 2024. Phân tích hồi quy logistic, tính OR thô và OR hiệu chỉnh (OR_{HC}) với khoảng tin cậy 95%. **Kết quả:** Tỷ lệ sinh non là 9,59% (228/2.378). Sau phân tích hồi quy đa biến, các yếu tố liên quan độc lập với sinh non: BMI tiền thai <18,5 (OR_{HC} = 1,91; KTC95%: 1,12-2,93; p=0,01), tăng cân thai kỳ <9 kg (OR_{HC} = 1,35; 1,12-2,48; p=0,01), khoảng cách sinh <24 tháng (OR_{HC} = 1,84; 1,31-3,14; p=0,01), có bệnh lý trong thai kỳ (OR_{HC} = 4,63; 2,35-7,93; p<0,0001), tiền sử sinh non (OR_{HC} = 3,49; 2,24-5,28; p=0,001) và tiền sử sinh mổ (OR_{HC} = 1,76; 1,09-3,41; p=0,003). Các yếu tố như

địa chỉ cư trú, tuổi mẹ và số con không có ý nghĩa sau hiệu chỉnh. **Kết luận:** Tỷ lệ sinh non tại Cà Mau năm 2024 là 9,59%. Các yếu tố liên quan bao gồm: dinh dưỡng mẹ (BMI thấp, tăng cân không đạt), khoảng cách sinh ngắn, tiền sử sản khoa bất lợi và bệnh lý thai kỳ. **Từ khóa:** sinh non; tăng cân thai kỳ; khoảng cách sinh; bệnh lý thai kỳ; tiền sử sinh non.

SUMMARY

PREVALENCE OF PRETERM BIRTH AND ASSOCIATED FACTORS AT CA MAU OBSTETRICS AND PEDIATRICS HOSPITAL IN 2024

Background: Preterm birth is a leading cause of neonatal mortality and long-term developmental complications. Identifying modifiable risk factors is essential to reduce preterm birth rates and improve pregnancy outcomes. **Objective:** To determine the prevalence of preterm births and assess maternal epidemiological and clinical factors associated with preterm delivery at Ca Mau Obstetrics and Pediatrics Hospital in 2024. **Methods:** A cross-sectional analytical study was conducted on 2,378 mothers who gave birth at Ca Mau Obstetrics and Pediatrics Hospital from January to December 2024. Logistic regression analysis was used to calculate crude odds ratios (OR) and adjusted odds ratios (aOR) with 95% confidence intervals (CI). **Results:** The preterm birth rate was 9.59% (228/2,378). Multivariate logistic regression identified six independent risk factors: pre-pregnancy BMI <18.5 (aOR = 1.91; 95% CI: 1.12-

¹Trường Cao đẳng Y tế Cà Mau

²Bệnh viện Sản Nhi Cà Mau

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Ngọc Linh

Email: drlinhcm78@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.9.2025

Ngày duyệt bài: 30.10.2025

2.93; $p = 0.01$), gestational weight gain <9 kg (aOR = 1.35; 95% CI: 1.12–2.48; $p = 0.01$), interpregnancy interval <24 months (aOR = 1.84; 95% CI: 1.31–3.14; $p = 0.01$), maternal complications during pregnancy (aOR = 4.63; 95% CI: 2.35–7.93; $p < 0.0001$), history of preterm birth (aOR = 3.49; 95% CI: 2.24–5.28; $p = 0.001$), and previous cesarean delivery (aOR = 1.76; 95% CI: 1.09–3.41; $p = 0.003$). Maternal age, place of residence, and parity were not significantly associated after adjustment. **Conclusion:** The preterm birth rate at Cà Mau in 2024 was 9.59%. Modifiable risk factors include maternal undernutrition (low BMI and inadequate weight gain), short interpregnancy interval, adverse obstetric history, and pregnancy complications. **Keywords:** preterm birth; gestational weight gain; interpregnancy interval; pregnancy complications; history of preterm birth.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sinh non là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong sơ sinh và để lại nhiều di chứng lâu dài về thể chất, tâm thần, thần kinh cho trẻ. Theo WHO, mỗi năm có khoảng 15 triệu trẻ sinh non, chiếm hơn 1/10 số ca sinh toàn cầu. Tại Việt Nam, tỷ lệ sinh non dao động từ 6,5% đến 16%, với sự khác biệt giữa các khu vực và điều kiện y tế. Nhiều nghiên cứu trong nước đã ghi nhận tỷ lệ sinh non ở mức đáng lo ngại: Đầu Thị Tuyết Nhung (2024) ghi nhận 12,5% tại Cần Thơ; Nguyễn Thị Thanh Bình (2020) báo cáo tỷ lệ 11,8% tại Quảng Ninh [1], [5]. Các yếu tố nguy cơ sinh non bao gồm chỉ số BMI trước mang thai thấp, tăng cân thai kỳ dưới chuẩn, khoảng cách giữa hai lần sinh ngắn (<24 tháng), tiền sử sinh non hoặc sinh mổ, và các bệnh lý trong thai kỳ như tăng huyết áp, đái tháo đường thai kỳ, nhiễm trùng [7], [9].

Tuy nhiên, tại Cà Mau, dữ liệu nghiên cứu về sinh non còn hạn chế. Việc khảo sát tỷ lệ và các yếu tố liên quan sẽ giúp xây dựng các biện pháp can thiệp phù hợp nhằm giảm tỷ lệ sinh non và cải thiện chất lượng chăm sóc thai sản tại địa phương, chúng tôi nghiên cứu đề tài "Tỷ lệ trẻ sinh non và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Cà Mau năm 2024" với các mục tiêu sau:

1. Xác định tỷ lệ trẻ sinh non tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Cà Mau năm 2024.
2. Xác định mối liên quan giữa các yếu tố dịch tễ, lâm sàng của mẹ với tình trạng sinh non tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Cà Mau năm 2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Mẹ và trẻ sinh tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Cà Mau từ tháng 01 đến tháng 12 năm 2024.

Tiêu chuẩn loại trừ: Mẹ và gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu; mẹ mắc bệnh lý

tâm thần; trường hợp trẻ bị dị tật bẩm sinh nặng hoặc đa thai.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

- Cỡ mẫu: Lấy trọn mẫu tất cả các ca sinh đáp ứng tiêu chí trong thời gian từ tháng 01 đến tháng 12 năm 2024.

- Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu toàn bộ, khảo sát mẹ đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

Nội dung nghiên cứu:

- Chẩn đoán sinh non: Sinh non được xác định khi trẻ sinh ra trước 37 tuần tuổi thai, dựa trên siêu âm ba tháng đầu hoặc ngày kinh cuối.

- Các yếu tố liên quan: Địa chỉ cư trú: nông thôn / thành thị; Tuổi mẹ (nhóm): ≤ 20 ; 21–25; 26–30; 31–35; >35 . BMI trước thai kỳ: $<18,5$ và $\geq 18,5$; Tăng cân thai kỳ: <9 kg và ≥ 9 kg; Khoảng cách giữa hai lần sinh (với con rạ): ≤ 24 tháng và >24 tháng; Tiền sử sinh non, tiền sử sinh mổ. Bệnh lý trong thai kỳ: tăng huyết áp, tiền sản giật, đái tháo đường thai kỳ, bệnh lý nội khoa mạn tính.

Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được nhập bằng phần mềm EpiData 3.02, phân tích bằng phần mềm STATA 18.0. Mối liên quan giữa các yếu tố được đánh giá bằng tỷ số chênh (OR) với khoảng tin cậy 95%. Phân tích đa biến thực hiện bằng hồi quy logistic. Mức ý nghĩa thống kê được xác định khi $p \leq 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của mẹ trong nghiên cứu (n=2378)

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Địa chỉ		
Nông thôn	1643	69,09
Thành thị	735	30,91
Nhóm tuổi		
≤ 20	59	2,48
21-25	359	15,10
26-30	652	27,42
31-35	771	32,42
>35	537	22,58
BMI tiền thai		
$< 18,5$	237	9,97
$\geq 18,5$	2141	90,03
Tăng cân trong thai kỳ (kg)		
< 9	263	11,06
≥ 9	2115	88,94
Khoảng cách 2 lần sinh (tháng) (*)		
≤ 24	238	20,73
> 24	910	79,27

Bệnh lý trong thai kỳ		
Có	162	6,81
Không	2216	93,19
Số con		
Con so	1230	51,72
Con rạ	1148	48,28
Tiền sử sinh non^(*)		
Có	127	11,06
Không	1021	88,94
Tiền sử sinh mổ^(*)		
Có	544	47,38
không	604	52,62

(*) những thai phụ sinh con rạ, n=1148

Nhận xét: Đối tượng nghiên cứu chủ yếu sống ở nông thôn (69,09%), nhóm tuổi ≥31 chiếm tỷ lệ cao (55,0%), con so chiếm 51,72%; tỷ lệ thai phụ có BMI <18,5 là 9,97%, tăng cân thai kỳ <9 kg là 11,06%, khoảng cách giữa hai

lần sinh ≤24 tháng (trong nhóm con rạ) là 20,73%, và 6,81% có bệnh lý trong thai kỳ. Ngoài ra, trong số thai phụ con rạ, 11,06% có tiền sử sinh non và 47,38% có tiền sử sinh mổ.

3.2. Tỷ lệ trẻ sinh non và các yếu tố liên quan

3.2.1. Tỷ lệ trẻ sinh non trong nghiên cứu

Bảng 3.2. Tỷ lệ trẻ sinh non trong nghiên cứu

Sinh non	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Có	228	9,59
Không	2150	90,41
Tổng	2378	100

Nhận xét: Tỷ lệ sinh non trong nghiên cứu là 9,59%, tương ứng với 228 trẻ trong tổng số 2.378 trường hợp.

3.2.2. Môi liên quan giữa một số yếu tố của trẻ sinh non

Bảng 3.3. Môi liên quan giữa một số yếu tố của trẻ sinh non

Đặc điểm	Sinh non		OR [KTC95%]	p
	Có	Không		
Địa chỉ				
Nông thôn	161(9,80)	1482(90,20)	-	0,60
Thành thị	67(9,12)	668(90,88)		
Nhóm tuổi				
≤ 20	13(22,03)	46(77,97)	-	0,01
21-25	32(8,91)	327(91,09)		
26-30	58(8,90)	594(91,10)		
31-35	66(8,56)	705(91,44)		
> 35	59(10,99)	478(89,01)		
BMI trước mang thai				
< 18,5	38(16,03)	199(83,97)	1,96 (1,30-2,88)	<0,001
≥ 18,5	190(8,87)	1951(91,13)		
Tăng cân trong thai kỳ (kg)				
< 9	38(14,45)	225(85,55)	1,71 (1,14-2,51)	0,004
≥ 9	190(8,98)	1925(91,02)		
Bệnh lý trong thai kỳ				
Có	44(27,16)	118(72,84)	4,11 (2,75-6,07)	<0,001
Không	184(8,30)	2032(91,70)		
Số con				
Con so	106(8,62)	1124(91,38)	-	0,09
Con rạ	122(10,63)	1026(89,37)		
Khoảng cách 2 lần sinh (tháng)				
≤ 24	36(15,13)	202(84,87)	1,71 (1,09-2,63)	0,01
> 24	86(9,45)	824(90,55)		
Tiền sử sinh non^(*)				
Có	34(26,77)	93(73,23)	3,87 (2,38-6,18)	<0,001
Không	88(8,62)	933(91,38)		
Tiền sử sinh mổ^(*)				
Có	72(13,24)	472(86,76)	1,69 (1,13-2,52)	0,007
không	50(8,28)	554(91,72)		

Nhận xét: Tỷ lệ sinh non cao hơn rõ rệt ở nhóm thai phụ có BMI <18,5 (16,03%), tăng cân thai kỳ <9 kg (14,45%), có bệnh lý trong thai kỳ (27,16%), khoảng cách sinh ≤24 tháng (15,13%), có tiền sử sinh non (26,77%) và tiền sử sinh mổ (13,24%).

Bảng 3.4. Phân tích hồi quy logistic các yếu tố liên quan

Yếu tố nguy cơ	OR (thô)	KTC 95%	OR hiệu chỉnh	KTC 95%	p
BMI tiền thai <18,5	1,96	(1,30-2,88)	1,91	(1,12-2,93)	0,01
Tăng cân trong thai kỳ (<9 kg)	1,71	(1,14-2,51)	1,35	(1,12-2,48)	0,01
Bệnh lý trong thai kỳ	4,11	(2,75-6,07)	4,63	(2,35-7,93)	<0,0001
Khoảng cách 2 lần sinh (<24 tháng)	1,71	(1,09-2,63)	1,84	(1,31-3,14)	0,01
Tiền sử sinh non	3,87	(2,38-6,18)	3,49	(2,24-5,28)	0,001
Tiền sử sinh mổ	1,69	(1,13-2,52)	1,76	(1,09-3,41)	0,003

Nhận xét: Sau khi hiệu chỉnh đa biến, các yếu tố nguy cơ có liên quan ý nghĩa đến sinh non bao gồm: BMI tiền thai <18,5, tăng cân thai kỳ <9 kg, bệnh lý trong thai kỳ, khoảng cách sinh <24 tháng, tiền sử sinh non và tiền sử sinh mổ. Trong đó, thai phụ có bệnh lý trong thai kỳ và tiền sử sinh non có nguy cơ sinh non cao nhất.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của mẹ trong nghiên cứu. Trong nghiên cứu thực hiện trên 2.378 thai phụ tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Cà Mau năm 2024, phần lớn sản phụ cư trú ở khu vực nông thôn (69,09%). Về độ tuổi, đa số thai phụ trong nhóm tuổi sinh đẻ an toàn (26–35 tuổi chiếm gần 60%), tuy nhiên vẫn ghi nhận 2,48% thai phụ dưới 20. Liên quan đến tình trạng dinh dưỡng, 90,03% thai phụ có chỉ số BMI tiền thai $\geq 18,5$ và 88,94% tăng cân ≥ 9 kg trong thai kỳ, cho thấy phần lớn có trạng thái dinh dưỡng phù hợp. Tuy nhiên, nhóm tăng cân dưới chuẩn vẫn chiếm 11,06%.

Khoảng cách giữa hai lần sinh ≤ 24 tháng chiếm 20,73% trong nhóm sản phụ có con ra, tỷ lệ mắc bệnh lý trong thai kỳ là 6,81%, tuy không cao nhưng vẫn cần quan tâm đến các bệnh lý cụ thể như tăng huyết áp, đái tháo đường thai kỳ, bệnh lý nội khoa. Về sản phụ khoa, tỷ lệ sinh con so và con ra gần tương đương (51,72% và 48,28%), tạo điều kiện thuận lợi cho việc phân tích so sánh yếu tố nguy cơ giữa hai nhóm.

4.2. Tỷ lệ trẻ sinh non và các yếu tố liên quan

4.2.1. Tỷ lệ trẻ sinh non. Trong tổng số 2.378 trường hợp được nghiên cứu, có 228 trẻ sinh non, chiếm tỷ lệ 9,59%. Kết quả này nằm trong khoảng dao động của tỷ lệ sinh non tại Việt Nam từ 6,5% đến 16%, như ghi nhận trong nghiên cứu của Đào Thị Huyền Trang và Nguyễn Mạnh Thắng (2018) tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương [8]. Tỷ lệ 9,59% cho thấy sinh non vẫn là một vấn đề sức khỏe cộng đồng đáng chú ý tại địa phương, đặc biệt khi sinh non là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong sơ sinh và để lại nhiều hậu quả lâu dài về thể chất và phát triển thần kinh ở trẻ em. Nghiên cứu của Trương Thiện Tiên (2024) cũng ghi nhận tỷ lệ sinh non 6,1% tại Bệnh viện Trường Đại học Y – Dược Huế, cho thấy tình trạng này vẫn phổ biến ngay cả ở các

ơ sở tuyến tỉnh – trung ương [7].

4.2.2. Môi liên quan giữa các yếu tố và trẻ sinh non.

Trong phân tích đơn biến, các yếu tố cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê với sinh non bao gồm: BMI trước mang thai <18,5 (OR=1,96; KTC95%: 1,30–2,88), tăng cân thai kỳ <9 kg (OR=1,71; 1,14–2,51), khoảng cách sinh ≤ 24 tháng (OR=1,71; 1,09–2,63), có bệnh lý trong thai kỳ (OR=4,11; 2,75–6,07), tiền sử sinh non (OR=3,87; 2,38–6,18) và tiền sử sinh mổ (OR=1,69; 1,13–2,52). Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu trong nước. Theo Lê Minh Trác và cộng sự (2012), sản phụ có tăng cân thai kỳ dưới 9 kg hoặc BMI thấp có nguy cơ sinh non và sinh con nhẹ cân cao hơn rõ rệt [9]. Bệnh lý trong thai kỳ, bao gồm các rối loạn như tăng huyết áp hoặc đái tháo đường, được ghi nhận là yếu tố nguy cơ mạnh gây sinh non [6].

Khoảng cách sinh ngắn (≤ 24 tháng) cũng được xác định là yếu tố nguy cơ quan trọng do tử cung chưa hồi phục hoàn toàn và dự trữ dinh dưỡng của mẹ còn hạn chế; điều này tương hợp với xu hướng ghi nhận trong nghiên cứu của Trương Thiện Tiên và cs. (2024) tại Huế, nơi sinh non và cân nặng sơ sinh thấp thường gặp ở nhóm có đặc điểm sản khoa bất lợi [7].

Ngược lại, các biến như địa chỉ cư trú, nhóm tuổi mẹ và số lần sinh không có ý nghĩa thống kê trong phân tích đơn biến. Sự khác biệt này có thể do ảnh hưởng trung gian của các yếu tố kinh tế - xã hội và khả năng tiếp cận dịch vụ y tế, những biến số chưa được phản ánh đầy đủ chỉ qua nhóm tuổi hay nơi cư trú [2], [3].

4.2.3. Phân tích hồi quy logistic giữa sinh non và các yếu tố liên quan.

Phân tích đa biến cho thấy các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với sinh non gồm: BMI tiền thai <18,5 (OR thô = 1,96; OR hiệu chỉnh = 1,91), tăng cân thai kỳ <9 kg (OR thô = 1,71; OR hiệu chỉnh = 1,35), bệnh lý trong thai kỳ (OR thô = 4,11; OR hiệu chỉnh = 4,63), khoảng cách sinh <24 tháng (OR thô = 1,71; OR hiệu chỉnh = 1,84), tiền sử sinh non (OR thô = 3,87; OR hiệu chỉnh = 3,49) và tiền sử sinh mổ (OR thô = 1,69; OR hiệu chỉnh = 1,76).

Trong đó, bệnh lý thai kỳ và tiền sử sinh non là những yếu tố nguy cơ mạnh nhất. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trong nước: Lê Minh

Trác và cs. (2012) ghi nhận sản phụ có BMI thấp và tăng cân thai kỳ <9 kg có nguy cơ sinh non, trẻ nhẹ cân cao hơn [9]; Huỳnh Mỹ Tâm và cs. (2021) [6] xác định bệnh lý trong thai kỳ và suy dinh dưỡng mẹ là những yếu tố liên quan rõ rệt đến sinh non; trong khi Nguyễn Thanh Hiền và cs. (2017) báo cáo biến chứng mẹ như tiền sản giật và thiếu máu làm tăng tỷ lệ sinh non và trẻ nhẹ cân [4].

Những phát hiện này khẳng định vai trò quan trọng của tình trạng dinh dưỡng, chăm sóc thai kỳ và tiền sử sản khoa trong dự phòng sinh non, đồng thời nhấn mạnh sự cần thiết của sàng lọc sớm và theo dõi chặt chẽ thai phụ có nguy cơ cao nhằm giảm tỷ lệ sinh non và cải thiện kết cục sơ sinh.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ trẻ sinh non tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Cà Mau năm 2024 là 9,59% (228/2.378). Các yếu tố liên quan độc lập với sinh non sau hồi quy logistic đa biến gồm: BMI tiền thai <18,5 (OR hiệu chỉnh = 1,91; KTC95%: 1,12–2,93; p=0,01), tăng cân thai kỳ <9 kg (1,35; 1,12–2,48; p=0,01), khoảng cách giữa hai lần sinh <24 tháng (1,84; 1,31–3,14; p=0,01), có bệnh lý trong thai kỳ (4,63; 2,35–7,93; p<0,0001), tiền sử sinh non (3,49; 2,24–5,28; p=0,001), và tiền sử sinh mổ (1,76; 1,09–3,41; p=0,003). Các yếu tố như địa chỉ cư trú, nhóm tuổi mẹ và số con không ghi nhận liên quan với sinh non (p>0,05).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Thanh Bình, và cs, 2022, "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố liên

- quan đến cơn ngưng thở bệnh lý ở trẻ sơ sinh non tháng", Tạp chí Nhi khoa, 15(5), tr. 1-7.
2. **Đặng Thị Ngọc Diệp**, và CS, 2024, "Nghiên cứu đặc điểm trẻ sơ sinh non tháng tại Bệnh viện Quốc tế Hạnh Phúc năm 2023–2024", Tạp chí Y học Việt Nam, 543(2), tr. 243–247.
3. **Phan Thị Thu Hằng**, và cs, 2020, "Thực trạng sơ sinh nhẹ cân tại Khoa Sản Bệnh viện Đa khoa Mộc Châu năm 2019", Tạp chí Dinh dưỡng & Thực phẩm, 16(3–4), tr. 50–54.
4. **Nguyễn Thanh Hiền**, và cs (2017). Nghiên cứu tỷ lệ, một số yếu tố liên quan và kết quả kết thúc thai kỳ ở các sản phụ song thai. Tạp chí Phụ Sản, 14(04), 28–34.
5. **Đâu Thị Tuyết Nhung**, Đoàn Thanh Điền, Lâm Đức Tâm, 2024 "Nghiên cứu đặc điểm và kết cục thai kỳ ở thai phụ tuổi vị thành niên tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2022–2024", Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, 76, tr. 146–152.
6. **Huỳnh Mỹ Tâm, Lê Thành Tài, & Phạm Thị Dương Nhi**. (2021). Nghiên cứu tình trạng dinh dưỡng và các yếu tố liên quan ở trẻ sơ sinh non tháng tại Phòng khám ngoại trú Bệnh viện Chuyên khoa Sản Nhi tỉnh Sóc Trăng năm 2020–2021. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, (40), 137–142.
7. **Trương Thiện Tiên, Nguyễn Tấn Đạt, Nguyễn Thị Bích Thủy, Đào Hữu Nhật Quang, Nguyễn Phúc Tấn, Nguyễn Thị Kim Anh, & Phạm Thị Thạch Thảo**. (2024). Tình hình sinh non tại Bệnh viện Trường Đại học Y – Dược Huế. Tạp chí Phụ sản, 22(3), 38–43. <https://doi.org/10.46755/vjog.2024.3.1779>
8. **Đào Thị Huyền Trang, & Nguyễn Mạnh Thắng**. (2018). 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.
9. **Lê Minh Trác, Phan Thị Thu Nga, & Lê Anh Tuấn**. (2012). Thực trạng sơ sinh thấp cân, non tháng đẻ tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. Tạp chí Phụ sản, 10(2), 98–103.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SỎI THẬN BẰNG NỘI SOI TÁN SỎI QUA DA TẠI BỆNH VIỆN NINH THUẬN

Lê Thành Tài², Lê Huy Thạch¹, Đàng Quốc Phương¹, Nguyễn Nhật Huy¹, Lê Quốc Thắng¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tán sỏi thận qua da (PCNL) là phương pháp ít xâm lấn, hiệu quả cao trong điều trị sỏi thận phức tạp, giúp giảm biến chứng và bảo tồn nhu mô thận. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca gồm 25 bệnh nhân sỏi thận

phức tạp được điều trị bằng mini-PCNL tại Bệnh viện Đa khoa Ninh Thuận từ 11/2021 đến 10/2022. Tất cả trường hợp được chọc dò dưới hướng dẫn siêu âm, tán sỏi bằng laser Holmium, đặt sonde JJ xuôi dòng và dẫn lưu thận ra da sau mổ. **Kết quả:** Kích thước sỏi trung bình 3,11 ± 2,41 cm, thời gian mổ trung bình 58,4 ± 27,8 phút. Tỷ lệ sạch sỏi sớm sau mổ đạt 82,4%, sau 1 tháng đạt 88,7%. Biến chứng gặp 16% (chủ yếu sốt sau mổ, tụ dịch quanh thận), không có trường hợp chảy máu nặng. Thời gian nằm viện trung bình 5,6 ± 2,3 ngày. **Kết luận:** PCNL dưới hướng dẫn siêu âm là phương pháp an toàn, hiệu quả với tỷ lệ sạch sỏi cao, ít biến chứng, phù hợp triển khai tại tuyến tỉnh khi có đầy đủ phương tiện và phẫu thuật viên được đào tạo. **Từ khóa:** Tán sỏi thận qua da, sỏi thận, tỷ lệ sạch sỏi.

¹Bệnh viện Đa khoa Ninh Thuận

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Lê Huy Thạch

Email: lh.thach67@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.9.2025

Ngày duyệt bài: 27.10.2025