

# CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ GÂY SINH NON TẠI KHOA SẢN BỆNH VIỆN AN GIANG

*Trương Kim Thuyên, Nguyễn Thanh Khôi và Trần Thị Như Hoa*

*khoa Sản Bệnh viện An giang*

## **TÓM TẮT:**

**Mục tiêu:** *Tìm hiểu các yếu tố nguy cơ gây sinh non.*

**Thiết kế nghiên cứu:** *Nghiên cứu đoàn hệ tương lai có nhóm đối chứng*

**Địa điểm:** *Khoa Sản, Bệnh Viện Đa Khoa trung Tâm An Giang.*

**Đối tượng nghiên cứu:** *Tất cả thai phụ nhập viện vì chuyển dạ sinh non và 300 thai phụ chuyển dạ sinh đủ tháng được chọn ngẫu nhiên với dự tính gấp đôi số thai phụ sinh non tháng (từ 01/03/2012 đến 30/05/2012).*

**Kết quả:** *Tổng cộng có 437 thai phụ, trong đó 137 thai phụ sinh non. Qua phân tích đơn biến, các yếu tố có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê gồm: tuổi, nghề nghiệp, bất thường sản khoa, tiền sử sinh non, số lần khám thai, stress và nhiễm thuốc lá thụ động trong thai kỳ. Sử dụng mô hình phân tích hồi qui logistic đa biến để xác định các yếu tố nguy cơ độc lập, kết quả cho thấy: mẹ 19-34 tuổi giảm 60% nguy cơ sinh non (OR=0,4; 95% CI: 0,13-0,9). Ngược lại, không khám thai tăng nguy cơ sinh non hơn 4 lần (OR=4,6; 95% CI: 1-20); tiền sử sinh non tăng nguy cơ sinh non hơn 9 lần (OR=9,3; 95% CI: 3,3 – 25,6), bất thường sản khoa tăng nguy cơ sinh non 19 lần (OR=19; 95% CI: 6-59), stress khi mang thai tăng nguy cơ sinh non 3 lần (OR=3; 95% CI: 1,5-6), nhiễm thuốc lá thụ động tăng nguy cơ sinh non gần 3 lần (OR = 2,7; 95% CI: 1,6 - 4,3).*

**Kết luận:** *tuổi mẹ, số lần khám thai, tiền sử sinh non, bất thường sản khoa, stress và nhiễm thuốc lá trong thai kỳ là các yếu tố nguy cơ độc lập gây sinh non.*

## **SUMMARY**

**Objective:** *Determine the risk factors of preterm birth.*

**Study Design:** *prospective cohort study with control group*

**Setting:** *Department of Obstetrics, Center Hospital of An Giang.*

**Research Subjects:** *All pregnant women with preterm labor compared with 300 pregnant women with term labor, admitted to obstetric ward form 01/03/2012 to 30 / 05/2012.*

**Results:** *A total of 437 women, including 137 women with preterm labor. By univariate analysis, the risk factors of preterm birth were: age, occupation, abnormal obstetric history of preterm birth, number of antenatal visits, stress and passive smoking during pregnancy .*

*Using multivariate logistic regression analysis to identify independent risk factors, the results showed : 19-34 year-old mother reduced the risk factor of preterm birth by 60% (OR = 0.4; 95% CI: 0.13 to 0.9). In contrast, no antenatal visits, women with history of preterm birth, obstetric abnormalities, stress during pregnancy, passive smoking increased the risk of preterm birth. The odds ratio were 4.6 (95% CI: 1-20), 9.3 (95 % CI: 3.3 - 25.6); 19 (95% CI: 6-59); 3 (95% CI: 1.5 to 6) and 2.7 (95% CI: 1.6 - 4.3) respectively.*

**Conclusion:** *The independent risk factor for preterm birth were: age of the mother, number of antenatal visits, a history of preterm delivery, obstetric abnormalities, stress and passive smoking during pregnancy.*

## **ĐẶT VẤN ĐỀ:**

Sinh non là nguyên nhân thường gặp nhất gây tử vong và biến chứng chu sinh. Tình trạng sinh non tháng làm cho trẻ sơ sinh bị những khiếm khuyết về thể chất và tinh thần. Cứ 5 trẻ sinh non sẽ có một bé chậm phát triển tâm thần, 1/3 số đó có vấn đề về thính giác và thị giác [1]. Theo kết quả một tổng quan hệ thống thực hiện năm 2007 tỉ lệ sinh non xấp xỉ 13% tổng số thai kỳ [4]. Mặc dù đã có nhiều cố gắng nhằm làm giảm tần suất sinh non, nhưng hiện nay sinh non đang có xu hướng gia tăng trên toàn thế giới, đứng đầu là Châu Phi 11.9%, Bắc Mỹ 10.6%, Châu Á 9.1%. Việt Nam là một trong mười quốc gia có tỉ lệ sinh non cao nhất thế giới 15,8% ( WHO-2005) [13]. Bất cứ người phụ nữ nào cũng có thể sinh con sớm, nhưng một số phụ nữ có nguy cơ cao hơn. Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã xác định được một số yếu tố nguy cơ như: đa thai, đa ối, nhau tiền đạo, nhau bong non, bất thường tử cung hoặc cổ tử cung, có một sinh non trước đó, một số bệnh lý mạn tính của mẹ như cao huyết áp, tiểu đường, mẹ hút thuốc lá, uống rượu, mẹ trẻ tuổi dưới 18 hoặc lớn tuổi trên 35, mẹ bị thiếu cân, có tiền sử nhiễm trùng đường sinh sản hoặc mắc bệnh lây lan qua đường tình dục, mang thai nhiều lần, đứng làm việc trên 40 giờ/tuần, công việc gây áp lực căng thẳng... Tuy nhiên, phần lớn các trường hợp sinh non không tìm thấy nguyên nhân rõ ràng và thường được xem là vô căn. Tiên lượng và dự phòng sinh non là vấn đề rất quan trọng trong quản lý thai kỳ, là vấn đề cần được quan tâm nhiều hơn các biện pháp can thiệp điều trị.

Mục đích của nghiên cứu nhằm xác định một số yếu tố nguy cơ gây sinh non ở Khoa Sản Bệnh viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang.

### **PHƯƠNG PHÁP:**

*Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu cắt ngang có phân tích.

*Địa điểm nghiên cứu:* Khoa Sản, Bệnh Viện Đa Khoa trung Tâm An Giang.

*Đối tượng tham gia:*

Tất cả các thai phụ nhập viện sinh từ 01/03/2012 đến 30/05/2012, tuổi thai từ 28 đến 35 tuần (Kinh cuối hoặc siêu âm 3 tháng đầu). Loại trừ các trường hợp sinh non do đình chỉ thai nghén vì mẹ bị tiền sản giật nặng không đáp ứng điều trị nội, thai dị dạng, hoang thai. Chọn ngẫu nhiên 300 thai phụ nhập viện sinh cùng thời điểm trên có tuổi thai từ 38 đến 40 tuần (Kinh cuối hoặc siêu âm 3 tháng đầu). Các thai phụ được phỏng vấn và thu thập thông tin theo biểu mẫu câu hỏi đã soạn sẵn gồm: tuổi mẹ, nghề nghiệp, chỉ số khối cơ thể BMI trước khi có thai, số lần sinh, tiền sử sinh non, bất thường sản khoa, số lần khám thai, số tăng cân trong thai kỳ, tiền sử bệnh lý nội khoa, trạng thái tinh thần và tình trạng nhiễm thuốc lá thụ động khi mang thai.

*Các biến nghiên cứu:*

#### ***Biến kết cục:***

*Sinh non* là sinh trước 37 tuần (WHO), tính theo ngày kinh cuối cùng hoặc dựa vào kết quả siêu âm 3 tháng đầu.

#### ***Biến dự đoán:***

*Nghề nghiệp:* được chia 2 nhóm, nhóm lao động nặng gồm các nghề như làm ruộng, buôn bán, công nhân, làm mướn; nhóm lao động nhẹ gồm các nghề còn lại.

*Chỉ số khối cơ thể BMI:*  $BMI = \text{cân nặng(Kg)}/\text{chiều cao(m)}^2$

*Bệnh lý nội khoa:* tim, phổi, hen suyễn, tiểu đường, cao huyết áp, viêm gan, suy thận.

*Bất thường Sản khoa:* đa thai, đa ối, nhau tiền đạo, nhau bong non, bất thường tử cung hoặc cổ tử cung, ối vỡ non, tiền sản giật,

*Số lần khám thai:* số lần thai phụ đến cơ sở y tế hoặc tư nhân, được nhân viên y tế thăm khám, đánh giá tình trạng phát triển của thai nhi và được cung cấp thuốc thiết yếu.

*Stress trong thai kỳ:* thai phụ có tâm trạng buồn rầu, lo lắng về vấn đề nào đó hoặc áp lực công việc nặng nề, tinh thần căng thẳng kéo dài liên tục trong thai kỳ, đau đớn nhiều vì mất người thân hoặc bị chấn thương do té, tai nạn giao thông.

*Hút thuốc lá thụ động:* có chồng hoặc người thân sống chung trong nhà hút thuốc lá hoặc tiếp xúc khói thuốc lá ở nơi làm việc (thời gian làm việc  $\geq 40$  giờ/tuần).

**Xử lý số liệu:** Dùng phần mềm SPSS 13.0. Các biến số liên tục được xử lý bằng phép kiểm T Student hoặc phép kiểm Mann Whitney. Biến số nhị phân dùng phép kiểm Chi-Square. Dùng phân tích hồi qui logistic đơn và đa biến để xác định các yếu tố nguy cơ độc lập liên quan đến sinh non. Các test có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$

## KẾT QUẢ:

Có tất cả 137 ca sinh non được chọn vào mẫu nghiên cứu. Tuổi trung bình sản phụ của nhóm sinh non là  $26.6 \pm 6$  và nhóm sinh đủ tháng là  $26.8 \pm 5$ . Số lần sinh trung bình của hai nhóm bằng nhau  $1.5 \pm 0.6$ . Các đặc điểm nhân khẩu học và xã hội học của hai nhóm được trình bày trong bảng 1.

Bảng 1: Đặc điểm nhân khẩu học và xã hội học của nhóm sinh non và nhóm sinh đủ tháng.

Các biến	Nhóm sinh non tháng		Nhóm sinh đủ tháng		OR	KTC 95%	Giá trị p
	Số ca	Tỉ lệ %	Số ca	Tỉ lệ %			
Tuổi mẹ							
$\leq 18$	14	10,2	29	9,7	1		
19-34	113	82,5	262	87,3	0,4	0,15-0,98	0,04
$\geq 35$	10	7,3	9	3	0,4	0,14-1,32	0,13

<hr/>							
Nghề							
Lao động nhẹ	66	48,2	178	59,3	1		
Lao động nặng	71	51,8	122	40,7	1,5	1-2,3	0,03
Chi số BMI							
Bình thường	88	64,2	189	63	1		
Gầy	34	24,8	74	24,7	0,98	0,6-1,6	0,65
Thừa cân, béo phì	15	10,9	37	12,3	0,8	0,4-1,6	0,95
Số lần sinh							
1 lần	79	57,7	158	52,7	1		
2 lần	45	32,8	122	40,7	0,7	0,4-1,2	0,22
3 lần	13	9,5	20	6,7	1,3	0,6-2,9	0,43
TS sinh non							
Không	116	84,7	294	98	1		
Có	21	15,3	6	2	9	3,5-22,5	0,000
Bất thường sản khoa							
Không	111	81	296	98,7	1		
Có	26	19	4	1,3	17	6-50	0,000
Số lần khám thai							
≥ 3 lần	99	72,3	255	85	1		
2 lần	21	15,3	30	10	1,8	1-3,3	0,5
1 lần	10	7,3	11	3,7	2,3	1-5,7	0,6
Không khám	7	5,1	4	1,3	4,5	1,3-15,7	0,018
Tăng cân thai kỳ							
Đủ	113	82,5	240	80	1		
Không đủ	24	17,5	60	20	0,8	0,5-1,4	0,6
TS bệnh nội khoa							
Không	128	93,4	289	96,3	1		
Có	9	6,6	11	3,7	1,8	0,7-4,5	0,2
Stress/thai kỳ							
Không	114	83,2	278	92,7	1		
Có	23	16,8	22	7,3	2,5	1,3-4,7	0,004
Nhiễm thuốc lá							
Không							
Có	41	30	151	50,3	1		
	96	70	149	49,7	2,4	1,5-3,6	0,000
<hr/>							

**OR: Odds ratio. KTC 95%: khoảng tin cậy 95%.**

Qua phân tích đơn biến, các yếu tố có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê gồm: mẹ ở nhóm tuổi 19-34 giảm 60% nguy cơ sinh non (OR=0,4; KTC 95%:0,15-0,98), nhóm nghề lao động nặng tăng nguy cơ sinh non 1,5 lần (OR=1,5; KTC 95%: 1-2,3), có bất thường sản khoa tăng nguy cơ sinh non 17 lần (OR=17; KTC 95%: 6-50), tiền sử sinh non tăng nguy cơ sinh non 9 lần (OR=9; KTC 95%: 3,5-22,5), không khám thai tăng nguy cơ sinh non 4,5 lần (OR=4,5; KTC 95%: 1,3-15,7), stress trong thai kỳ tăng nguy cơ sinh non 2,5 lần (OR=2,5; KTC 95%: 1,3-4,7) và hút thuốc lá thụ động khi mang thai tăng nguy cơ sinh non 2,4 lần (OR=2,4; KTC 95%: 1,5-3,6). Sử dụng mô hình phân tích hồi qui logistic đa biến để xác định các yếu tố nguy cơ độc lập, kết quả được trình bày trong bảng 2.

Bảng 2: Kết quả phân tích hồi qui đa biến các yếu tố nguy cơ:

Các biến	OR	KTC 95%	Giá trị p
Tuổi mẹ (19-34)	0,34	0,13-0,9	0,029
Nghề (lao động nặng)	1,2	0,7-1,8	0,53
Tiền sử sinh non	9,3	3,3-25,6	0,000
Bất thường sản khoa	19	6-59	0,000
Không khám thai	4,6	1-20	0,042
Stress/thai kỳ	3	1,5-6	0,003
Hút thuốc lá thụ động/thai kỳ	2,7	1,6-4,3	0,000

OR: Odds ratio. KTC 95%: khoảng tin cậy 95%.

Nhận xét: qua phân tích đa biến, lao động nặng không phải là yếu tố nguy cơ gây sinh non.

## **BÀN LUẬN:**

Tỉ lệ sinh non ở khoa Sản bệnh viện An Giang khá cao, năm 2011 là 12,9% và sáu tháng đầu năm 2012 chiếm 15,3%. Khảo sát và phân tích 137 thai phụ sinh non tháng và 300 thai phụ sinh đủ tháng, không thấy có sự khác biệt giữa hai nhóm về chỉ số BMI trước khi mang thai, số lần sinh, tiền sử bệnh nội khoa và số tăng cân trong thai kỳ.

Một vài nghiên cứu trên thế giới cho thấy những người có chỉ số BMI thấp hoặc tăng cân ít lúc mang thai sẽ tăng nguy cơ sinh non [5]. Một nghiên cứu hồi cứu trên 3554 thai kỳ đơn thai của Jung H. Park và cộng sự cho thấy thừa cân làm tăng tần suất sinh non ( $p < 0,05$ ) và tăng trọng thấp trong thai kỳ tăng nguy cơ sinh non (chưa điều chỉnh  $OR = 2,8$ ). Theo Ủy ban đánh giá tình trạng dinh dưỡng trong thời gian mang thai năm 1990, để biết cân nặng hợp lý khi mang thai, người ta dựa vào tỷ số BMI trước mang thai. Nếu  $BMI < 19,8$  nên tăng từ 12,8 đến 18 kg trong suốt thai kỳ;  $BMI = 19,8 - 26$  tăng 11,5 đến 16kg;  $BMI = 26 - 29$  tăng 7–11kg và  $BMI > 29$  nên tăng trên 6kg trong thai kỳ. Do chúng tôi chưa đánh giá tăng cân thai kỳ theo chỉ số BMI nên chưa ghi nhận được sự khác biệt về tăng cân trong thai kỳ giữa hai nhóm nghiên cứu. Trong 437 ca khảo sát, 20 ca có tiền sử bệnh lý nội khoa (4,5%), trong đó 5 ca bệnh tim, 5 ca bướu cổ, 4 ca viêm gan B, 4 ca hen phế quản và 3 ca lao phổi. Một số bệnh mạn tính được xem là nguyên nhân gây sinh non như tiểu đường, cao huyết áp, cường giáp. Các bệnh lý cấp tính kèm với sốt như viêm đài bể thận, nhiễm virus... cũng có thể gây sinh non. Người ta cho rằng, chất prostaglandins phóng thích ra khi mẹ sốt đã làm tử cung tăng co bóp [8]. Về liên quan giữa số lần sinh và nguy cơ sinh non ít được báo cáo. Theo BS Cam Ngọc Phượng ở bệnh viện Nhi Đồng 1, sinh non thường xảy ra vào lần sinh đầu tiên và sau lần sinh thứ tư. Trong nghiên cứu chúng tôi không có trường hợp nào sinh con lần thứ tư trở lên, tỉ lệ sinh con đầu tiên ở nhóm sinh non là 57,7% và nhóm sinh đủ tháng là 52,7%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,73$ .

Khi phân tích đơn biến, nhóm lao động nặng tăng nguy cơ sinh non 1,5 lần với  $p = 0,03$  (KTC 95%: 1-2.3). Tuy nhiên qua phân tích đa biến thì đây không phải là yếu tố nguy cơ gây sinh non ( $p = 0,53$ ). Một vài nghiên cứu cảnh báo rằng thai phụ làm việc phải đứng >40 giờ/tuần làm tăng nguy cơ sinh non. Chúng tôi chưa ghi nhận rõ tính chất công việc của dân số nghiên cứu. Một số công việc trong nhóm nghề buôn bán, làm mướn, công nhân chưa hẳn đã phải đứng >40 giờ/tuần.

Kết quả phân tích đa biến cho thấy 6 yếu tố có khác biệt mang ý nghĩa thống kê giữa nhóm sinh non và sinh đủ tháng gồm: tuổi mẹ, tiền sử sinh non, bất thường sản khoa, số lần khám thai, stress và nhiễm thuốc lá.

Mẹ 19-34 tuổi giảm 60% nguy cơ sinh non (OR=0,4; KTC 95%: 0,13-0,9). Chứng cứ y học nói nhiều đến các nguy cơ xảy ra ở bà mẹ trẻ hoặc lớn tuổi, trong đó có nguy cơ sinh non. P. Astolfi và LA Zonta (1999-Ý), tần số của sinh non là thấp nhất ở các bà mẹ trong độ tuổi từ 20 đến 30 và tăng 1,6 lần ở các bà mẹ >35 tuổi. Một nghiên cứu khác của Viện thông tin y tế Canada (CIHI), nguy cơ sinh non cao hơn cho các bà mẹ lớn tuổi. Nghiên cứu cho thấy rằng 1 trong 13 đứa trẻ được sinh ra sớm ở các bà mẹ tuổi 20 đến 34, so với 1 trong 11 trong nhóm tuổi 35-39 và 1 trong 9 trong nhóm 40 tuổi. Martius JA, thực hiện một khảo sát trên 106.345 ca sinh non sớm (<32 tuần) 1994, nguy cơ sinh non tăng gần 2 lần ở bà mẹ > 35 tuổi (OR 1,8, 95% CI 1,47-2,16) và tăng hơn 3 lần ở tuổi <18 (OR 3,4, 95% CI 2,03-5,61).

Khám thai được xem là can thiệp cơ bản về phòng ngừa sinh non [8]. Khám thai thường xuyên giúp người mẹ phát hiện sớm và xử lý kịp thời các bất thường nếu có xảy ra trong thai kỳ, đồng thời họ biết mình phải làm gì để thai nhi phát triển hoàn thiện. Leveno và các đồng nghiệp trong một phân tích vào năm 1985, phụ nữ chăm sóc trước khi sinh tốt đã giảm đáng kể tỷ lệ trẻ nhẹ cân và sinh non. Chúng tôi ghi nhận không khám thai tăng nguy cơ sinh non hơn 4 lần (OR=4,6; KTC 95%: 1-20).

Một trong những yếu tố nguy cơ lớn nhất của sinh non là có ít nhất một lần sinh non trước đó [1]. Một thai phụ từng sinh trước 35 tuần, nguy cơ cho lần mang thai tiếp theo tăng 16% và khi sinh non lặp lại ở những lần mang thai kế tiếp, tỉ lệ này lần lượt là 41% và 67% (Spong, 2007). Tiền sử sinh non làm tăng nguy cơ sinh non gấp 8 lần (ACOG 2001). Trong nghiên cứu chúng tôi, tiền sử sinh non làm tăng nguy cơ sinh non 9,3 lần (KTC 95%: 3,3 – 25,6).

Theo y văn, sinh non hầu như luôn xảy ra ở bà mẹ có bất thường về vị trí nhau bám gây xuất huyết tử cung trong thai kỳ, đa thai, đa ối, bệnh lý tiền sản giật, thai/u xơ, xuất huyết tử cung trong tam cá nguyệt thứ hai, phẫu thuật bụng trong thời kỳ mang thai. Martius JA, tiền sản giật tăng nguy cơ sinh non 4 lần (OR 4,0, 95% CI 3,20-4,94), chảy máu tử cung tăng nguy cơ sinh non 5 lần (OR 5,0; KTC 95%: 4,08-6,02). Trong nghiên cứu chúng tôi, 137 ca sinh non có 13 ca tiền sản giật, 5 ca nhau tiền đạo, 1 ca nhau bong non, 3 ca đa ối, 4ca song thai. Nhóm sinh đủ tháng có 3 ca tiền sản giật và 1 ca nhau tiền đạo. Phân tích gộp các trường hợp này cho thấy tăng nguy cơ sinh non 19 lần (OR=19; KTC 95%: 6-59). Xuất huyết tử cung trong thai kỳ không rõ nguyên nhân không được ghi nhận vì đây chỉ là một triệu chứng lâm sàng.

Nhiều nghiên cứu trên thế giới nhằm xác định xem liệu sự gia tăng trạng thái căng thẳng, lo lắng, buồn phiền có thể gây ra sảy thai, sinh non, hoặc thậm chí gây dị dạng thai nhi hay không. Các báo cáo gần đây cho thấy căng thẳng làm cho cơ thể sản xuất hormone nhất định có thể gây sảy thai và chuyển dạ sinh non. Tiến sĩ Frederick Boahen, khoa Nhi của Bệnh viện Ridge tại Accra, “sự căng thẳng hoặc trầm cảm gây nên rất nhiều thay đổi hormone trong các bà mẹ tương lai, do đó 'buộc' các em bé ra trước ngày hết hạn của nó”. Căng thẳng mãn tính gây ra những thay đổi dài hạn trong hệ thống mạch máu của cơ thể, hàm lượng hoóc môn, và khả năng đề chống nhiễm trùng. Những thay đổi này có thể có khả năng gây sinh non hoặc sảy thai. Ly hôn, cái chết của một người thân yêu, thất nghiệp dài hạn, và lo lắng liên quan đến việc mang thai có thể gây ra tất cả các loại căng thẳng kinh niên làm tăng nguy cơ sinh non. Trong khảo sát của chúng tôi, 137 ca sinh non có 23 ca (16,8%) có vấn đề về tâm lý tạm gọi là stress, họ luôn lo lắng, buồn phiền về một vấn đề nào đó, hoặc công việc luôn gây áp lực căng thẳng cho họ. Nhóm sinh đủ tháng thì tỉ lệ này chỉ có 7,3%, sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê với  $p=0,003$  (OR=3; KTC 95%: 1,5-6).

Ngoài việc căng thẳng, Tiền sử Boahen còn đề cập các yếu tố lối sống khác có thể làm tăng nguy cơ sinh non trong đó hút thuốc được khuyến khích mạnh mẽ cần tránh xa trong thời kỳ mang thai. Trước đây người ta nói nhiều đến tác hại của hút thuốc lá, nhưng những nguy cơ của hút thuốc lá thụ động chưa được quan tâm nhiều. Ông Shigeru Omi, Giám đốc Văn phòng Tây Thái Bình Dương của WHO, phát biểu: “Ai cũng đều biết hút thuốc lá có khả năng gây tử vong. Nhưng điều mà mọi người ít biết là hàng năm có hàng trăm ngàn người không bao giờ hút thuốc lá nhưng vẫn chết vì những bệnh phát sinh từ việc hít phải những chất độc hại trong khói thuốc”. Một điều tra cho thấy ở Việt Nam gần một nửa dân số phải hút thuốc thụ động, nhiều nhất là phụ nữ và trẻ em. Chính vì vậy mà tuy chỉ có 2% phụ nữ Việt Nam hút thuốc nhưng tỷ lệ mắc ung thư phổi ở họ vẫn đứng hàng thứ tư, chỉ sau ung thư vú, tử cung và dạ dày. Khói thuốc có thể tồn tại trong không khí hơn 2 giờ, ngay cả khi không còn nhìn hoặc ngửi thấy nữa. Do đó, những người thường xuyên sống hoặc làm việc cạnh người dùng thuốc lá có thể tiếp nhận lượng khói thuốc tương đương việc hút 5 điếu mỗi ngày. Báo cáo của cơ quan Nghiên cứu Ung thư Quốc tế (thuộc WHO) năm 2002 đã kết luận: khói thuốc thụ động gây ung thư phổi, bệnh tim và các bệnh khác. Phụ nữ mang thai thường xuyên hít phải khói thuốc thụ động có thể bị sảy thai, làm thai nhi chậm phát triển hoặc sinh non. Có rất nhiều nghiên cứu trên thế giới đã chứng minh nhiễm thuốc lá thụ động làm tăng nguy cơ sinh non. Fantuzzi G và cộng sự (2000-Ý), phân tích 299 ca sinh non tháng và 855 ca sinh đủ tháng, cho thấy nhiễm thuốc lá thụ động làm tăng nguy cơ sinh non (OR điều chỉnh 1,56; KTC 95%: 0,99 - 2,46]. Nghiên cứu chúng tôi, nhiễm thuốc lá thụ động tăng nguy cơ sinh non gần 3 lần (OR = 2,7; KTC 95%: 1,6 - 4,3) với p=0,000.

**Kết luận:** tuổi mẹ, số lần khám thai, tiền sử sinh non, bất thường sản khoa, stress và nhiễm thuốc lá trong thai kỳ là các yếu tố nguy cơ độc lập gây sinh non. Cần nhiều nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, phân tích chi tiết hơn các yếu tố nguy cơ để việc chẩn đoán và dự phòng sinh non đạt hiệu quả nhằm giảm tỉ lệ sinh non đến mức thấp nhất.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Vai trò của Fetal Fibronectin trong dự đoán sinh non (BS Lê Tiểu My).
2. Có thể dự phòng sinh non không. ThS.BS. Phạm Văn Đức, bộ môn Sản, Đại học Y Dược TPHCM.
3. Khuyến cáo trong chẩn đoán và xử trí chuyển dạ sinh non bằng thuốc giảm gò. ThS.BS. Lê Quang Thanh, Bệnh viện Từ Dũ.
4. Office for National Statistics (2007), premature birth, preterm birth data, press releases based on 2005 in <http://www.ons.gov.uk/ons/publications/re-reference-datatables.html?edition=tcm%3A77-50818>.
5. The rate of pregnancy weight gain, body mass index before pregnancy and preterm subgroups: a retrospective study from Peru Carnero AM, Mejia CR, García PJ .. BJOG 2012; 119:924-935.
6. Journal of Obstetrics and Gynaecology Research. Volume 37, Issue 2, February 2011, pp. 138-145, Jung H. Park, Lee Bo Eun Hye S. Park, Eun H. Ha, Seung W. Lee Young J. Kim
7. Increase the rate of preterm birth in the United States. Rambam Maimonides Medical Journal. October 2011
8. The risk factors associated with prematurity. Martius JA, Steck T, Oehler MK, Wulf KH. Department of Obstetrics and Gynaecology, University of Würzburg, Germany.
9. The risk of preterm birth and associated with maternal age, birth order, and fetal gender. P. Astolfi and LA Zonta (1999-Italy).
10. Stress: A major cause of premature births. Vera Asokwa Ofori / Citifmonline.com
11. [www.babycentre.co.uk](http://www.babycentre.co.uk). Pregnancy health.
12. Preterm birth in Sweden 1973-2001: rate, subgroups, and effects of changes in the model of birth, maternal age, and smoking tuoc. Morken, N.-H., Kallen, K., Hagberg, H., & Jacobsson, B. (2005). Acta Obstet Gynecol Scand, 84 (6), 558-565.
13. Preterm birth rates worldwide: a systematic of maternal mortality and morbidity WHO (2009), <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/1/08-062554/en/>
14. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Induction of Labor. ACOG Practice Bulletin, No. 10, November 1999.
15. National Center for Health Statistics. 2004 time data link birth / infant death. Prepared by the March of Dimes Perinatal Data Center, 2008.

16. Tyson, JE, et al. Very preterm Intensive Care Move addition of gestation. *New England Journal of Medicine*, Volume 358, Number 16, April 17, 2008, pp. 1672-1681.
17. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Perinatal care at the threshold of viability. *ACOG Practice Bulletin*, No. 38, September 2002 (reaffirmed in 2008).
18. Tomashek, K., et al. The difference in mortality Between Late-preterm infants and term singleton in the United States. *Journal of Pediatrics*, volume 15, November 2007, pp. 450-456.
19. CV Ananth and AM Vintzileos (2006) Epidemiology of preterm birth and its clinical subgroups, *Medical Journal of the fetus and newborn mothers*, 19 (12): 773-782
20. WHO (2008) maternal and infant health.  
[http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/maternal/maternal\\_perinatal/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/maternal_perinatal/en/)
21. The risk factors for prematurity at Harare Maternity Hospital, Zimbabwe. Shingairai, AF, Siobon, DH, and Godfrey, BW (2004). *Journal of Epidemiology*, 1194-1201.