

Khảo sát một số yếu tố nguy cơ dọa sinh non

Lê Lam Hương¹, Trương Thị Linh Giang¹, Võ Hoàng Lâm¹,
Ngô Thị Minh Thảo¹, Đặng Văn Tân², Nguyễn Minh Thắng²

(1) Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế

(2) Bệnh viện Trung ương Huế

Tóm tắt

Mục tiêu: Khảo sát một số yếu tố nguy cơ dọa sinh non. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có so sánh. Gồm 73 bệnh nhân được chẩn đoán dọa sinh non được theo dõi và điều trị tại khoa Phụ sản Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 06/2018 đến tháng 08/2019. **Kết quả:** Đa thai có nguy cơ dọa sinh non cao gấp 8,8 lần so với đơn thai 95%CI (1,2 - 82,7), đa ối nguy cơ dọa sinh non 4,9 lần 95%CI (1,1 - 23,9). Chiều dài CTC < 25 mm nguy cơ dọa sinh non cao hơn 4,2 lần 95% CI (1,3-13,1). Viêm đường sinh dục thấp tăng nguy cơ 2,6 lần (1,3 - 13,1) $p < 0,05$. Tuổi mẹ ≤ 20 hoặc > 35 có nguy cơ cao gấp 9,5 và 3,7 lần 95%CI (1,1 - 80,1) và (1,4 - 7,5). Thai phụ làm việc trên 40 giờ/tuần nguy cơ tăng 4,9 lần 95%CI (1,1 - 23,9), lao động nặng, môi trường làm việc ô nhiễm tăng nguy cơ 11,4 lần (1,4 - 91,7) và 8,8 lần (1,1 - 72,7). Sinh 3 lần dọa sinh non cao gấp 4,1 lần (1,3 - 13,1). BMI < 18,5 nguy cơ hơn 9,8 lần 95%CI (1,1 - 82,5); ≥ 23 tăng nguy cơ 4,4 lần (1,6 - 11,9). Tiền sử thai chết lưu, nạo thai, sảy thai nguy cơ dọa sinh non tăng 6,9 lần 95%CI (1,5 - 22,4). Tiền sử sinh non, dọa sinh non nguy cơ tăng lên 9,1 lần 95%CI (2,0 - 41,7). Khoảng cách giữa hai lần mang thai < 12 tháng nguy cơ tăng 4,9 (1,0 - 23,9) lần. **Kết luận:** Phát hiện các yếu tố nguy cơ dọa sinh non để dự phòng sớm và theo dõi thai phụ tránh trình trạng dọa sinh non xảy ra là việc làm rất cần thiết.

Từ khóa: Dọa sinh non, phụ nữ mang thai, yếu tố nguy cơ.

Abstract

Evaluation of risk factors for threatened preterm labour

Le Lam Huong¹, Trương Thị Linh Giang¹, Vo Hoang Lam¹,
Ngo Thi Minh Thao¹, Dang Van Tan², Nguyen Minh Thang²

(1) Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

(2) Hue Central Hospital

Objectives: To study the risk factors for threatened preterm labour. **Medthods:** The comparative cross-sectional study. Including 73 patients diagnosed with threatened preterm labour were monitored and treated at Hue Central Hospital's Obstetrics and Gynecology Department from June 2018 to August 2019. **Results:** Multiple pregnancies increased risk of threatened preterm labour (TPL) 8.8 times higher in comparison with a single birth 95% CI (1.2 - 82.7), polyhydramnios was 4.9 times higher at risk 95% CI (1.1 - 23.9). The length of cervix < 25 mm was also associated with 4.2 times higher 95% CI (1.3 - 13.1). Low genital tract infection increased the risk by 2.6 times (1.3 - 13.1) $p < 0.05$. Maternal age ≤ 20 or > 35 was 9.5 and 3.7 times higher at risk 95% CI (1.1 - 80.1) and (1.4 - 7.5) respectively. Pregnant women working more than 40 hours a week increased the risk by 4.9 times higher 95% CI (1.1 - 23.9), heavy labor, polluted working environment increased risk by 11.4 times (1.4 - 91.7) and 8.8 times (1.1 - 72.7). The number of gravidity ≥ 3 times were 4.1 times higher at risk of TPL (1.3 - 13.1). BMI < 18.5 and ≥ 23 had 9.8 and 4.4 times higher at risk of TPL, 95% CI (1.1 - 82.5); (1.6 - 11.9) respectively. History of stillbirth, abortion, and miscarriage increased the risk by 6.9 times 95% CI (1.5 - 22.4). History of previous preterm birth, threatened preterm labour increased 9.1 times higher at risk with 95% CI (2.0 - 41.7). The gap between two pregnancies < 12 months increased risk by 4.9 (1.0 - 23.9) times. **Conclusion:** Detecting the risk factors of threatened preterm labour for preventing early and monitoring pregnant women to avoid the threatened preterm labour occur was essential.

Keywords: Threatened preterm labour, pregnant women, risk factors.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dạ sinh non là một trong những bệnh lý hàng đầu cần chỉ định phải nhập viện trong quá trình mang thai, hơn một nửa những sản phụ có tình trạng dạ sinh non vẫn có thể điều trị thành công và kết thúc thai kỳ đủ tháng nếu dự phòng và điều trị tốt. Dạ sinh non có thể dẫn đến sinh non, sinh non vẫn còn là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong cho trẻ sơ sinh, bệnh tật sơ sinh và để lại nhiều di chứng lâu dài cho trẻ.

Dự đoán dạ sinh non để can thiệp sớm, hiệu quả là vấn đề luôn được các nhà lâm sàng quan tâm [1],[3]. Khi các bác sĩ sản khoa xác định được những yếu tố nguy cơ dạ sinh non cho thai phụ, tập huấn tiền sinh như là một biện pháp thường quy thì góp phần giảm tỷ lệ dạ sinh non ở những thai phụ nguy cơ cao, sự nghỉ ngơi cũng làm giảm được go tử cung do vận động [4].

Nếu không dự phòng và điều trị thì dạ sinh non có thể dẫn đến sinh non. Sinh non là nguyên nhân tử vong hàng đầu ở trẻ sơ sinh, tỉ lệ sinh non ngày càng tăng trong những năm gần đây. Vì vậy, việc phòng ngừa sinh non đang là mục tiêu quan trọng của chăm sóc sản khoa hiện nay. Các yếu tố nguy cơ dạ sinh non ở thai phụ có thể tại cơ quan sinh dục như: các trường hợp hở eo tử cung, cổ tử cung ngắn, có tiền sử khoét chóp cổ tử cung; u xơ tử cung, dị dạng tử cung bẩm sinh hoặc bị viêm nhiễm đường sinh dục, viêm đường tiết niệu không triệu chứng [7]. Thai phụ có tiền sử sinh non, mang thai < 18 tuổi hay quá lớn tuổi, thể trạng gầy < 35 kg cũng được xem là có nguy cơ dạ sinh non- sinh non. Ngoài ra, thai phụ có chế độ dinh dưỡng không hợp lý, lao động nặng hoặc làm việc trong môi trường ô nhiễm, nguy hiểm... cũng có thể đưa đến dạ sinh non [3],[4]. Việc phát hiện các yếu tố nguy cơ, chẩn đoán sớm và theo dõi điều trị thai phụ tránh tình trạng dạ sinh non xảy ra là việc làm rất cần thiết, do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “Nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ dạ sinh non” với mục tiêu: Khảo sát một số yếu tố nguy cơ dạ sinh non.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Nhóm nghiên cứu: Gồm 73 bệnh nhân được chẩn đoán dạ sinh non được theo dõi và điều trị tại khoa Phụ sản, Bệnh viện Trung ương Huế. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 06/2018 đến tháng 08/2019

+ Tiêu chuẩn chọn bệnh: Tất cả các trường hợp bệnh nhân được theo dõi và điều trị tại khoa Phụ sản Bệnh viện Trung ương Huế được chẩn đoán dạ sinh non tuổi thai từ 22 tuần đến dưới 37 tuần, thai sống. Kèm theo 1 trong các triệu chứng sau: Đau bụng, go tử cung không đều. Ra máu âm đạo lượng ít < 100ml. Mở cổ tử cung < 2 cm .

Nhóm chứng: Gồm 73 thai phụ được có tuổi thai 22 – 37 tuần trong cùng thời gian nghiên cứu được khám thai và theo dõi tại khoa Phụ sản Bệnh viện Trung ương Huế không có dấu hiệu dạ sinh non và theo dõi có kết quả thai kỳ chuyển dạ khi 38-40⁺ tuần.

Tiêu chuẩn loại trừ: Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang và so sánh với nhóm chứng. Chọn cỡ mẫu thuận tiện 73 bệnh nhân được chẩn đoán dạ sinh non đủ các tiêu chuẩn chọn và loại trừ cho nhóm nghiên cứu và nhóm chứng.

2.3. Tiến hành: Chọn vào mẫu nghiên cứu các bệnh nhân được chẩn đoán dạ sinh non theo tiêu chuẩn chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

Ghi nhận các thông tin về các biểu hiện lâm sàng như: Nhiệt độ, huyết áp, nhiễm độc thai nghén. Tiền sử bản thân, gia đình, tiền sử sinh non, sảy thai, thai lưu. Tiền sử bệnh lý nội tiết và các bệnh lý nội ngoại sản phụ khoa khác. Ghi nhận triệu chứng cơ năng: Trình trạng đau bụng, ra máu âm đạo, độ xóa mở cổ tử cung. Triệu chứng thực thể: Cơn co tử cung thưa nhẹ (< 2 cơn trong 10 phút, thời gian co < 30 giây). Cổ tử cung mở < 2 cm. Đánh giá độ dài cổ tử cung khi siêu âm lần đầu nhập viện.

2.4. Xử lý số liệu: Sử dụng các phương pháp thống kê y học. Sử dụng phần mềm Medcalc để phân tích số liệu với độ tin cậy tối thiểu 95%, $\alpha < 0,05$.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung

Đặc điểm chung		Dạ sinh non		Nhóm chứng	
		n = 73	%	n = 73	%
Tuổi	≤ 20	7	9,5	1	1,4
	21 - 35	47	64,4	64	16,4
	≥ 35	19	26,1	7	82,2
		29,2 ± 6,6		28,5 ± 8,3	

Công việc	Làm việc trên 40h/tuần	9	12,3	2	2,7
	Thường xuyên bưng vác vật nặng	10	13,6	1	1,4
	Môi trường làm việc ô nhiễm	8	10,9	1	1,4
	Làm việc dưới 40 giờ/tuần, nhẹ, không ô nhiễm	46	63,2	69	94,5
Địa dư	Thành thị	31	42,5	39	53,4
	Nông thôn	33	45,2	27	37,0
	Vùng khác	9	12,3	7	9,6
Tuổi thai	22 – 25 tuần	5	6,8	6	8,1
	26 – 30 tuần	37	50,7	38	51,3
	31 – 37 tuần	31	42,5	30	40,6
Số lần sinh	< 3	59	80,9	69	94,6
	≥ 3	14	19,1	4	5,4
BMI trước khi có thai (kg/m ²)	Thiếu cân < 18,5	7	9,5	1	1,4
	Bình thường 18,5 - 22,9	47	64,3	66	90,4
	Thừa cân, Béo phì ≥ 23	19	26,0	6	8,2

Nhóm dọa sinh non tuổi trung bình là $28,9 \pm 8,6$ nhỏ nhất 16 tuổi, lớn nhất là 46 tuổi. Nhóm tuổi 21-35 chiếm 64,4%. Làm việc > 40 giờ/tuần, nặng, ô nhiễm chiếm tỷ lệ 36,8%. Ở vùng nông thôn 45,2%. Tuổi thai tuần 26 – 30 chiếm 50,7% và 31 - 37 tuần chiếm 42,5%. Số lần sinh ≥ 3 chiếm 19,1%. Thừa cân, béo phì chiếm 26%.

Bảng 2. Đặc điểm tiền sử ở thai phụ dọa sinh non

Đặc điểm chung		Tỷ lệ	Dọa sinh non		Nhóm chứng	
			n = 73	%	n = 73	%
Tiền sử thai chết lưu, nạo thai, sảy thai	Có		12	16,4	2	2,7
	Không		61	83,6	71	97,3
Tiền sử sinh non, dọa sinh non	Có		15	20,5	2	2,7
	Không		58	79,5	71	97,3
Khoảng cách giữa hai lần mang thai	< 12 tháng		9	12,3	2	2,7
	≥ 12 tháng		64	87,7	71	97,3

Tiền sử thai chết lưu, nạo thai, sảy thai chiếm 16,4%. Tiền sử sinh non, dọa sinh non chiếm 20,5%. Khoảng cách giữa hai lần mang thai < 24 tháng tỷ lệ là 12,3%.

Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng ở thai phụ dọa sinh non

Đặc điểm chung		Tỷ lệ	Dọa sinh non		Nhóm chứng	
			n = 73	%	n = 73	%
Đa thai	Có		8	11,0	1	1,4
	Không		65	89,0	72	98,6
Đa ối	Có		9	12,3	2	2,7
	Không		64	87,7	71	97,3
Chiều dài CTC	< 25 mm		24	32,9	4	5,5
	≥ 25 mm		49	67,1	69	94,5

Có u xơ tử cung	Có	11	15,1	3	4,1
	Không	62	84,9	70	95,9
Viêm đường sinh dục thấp	Có	16	21,9	7	9,6
	Không	57	78,1	66	90,4

Đa thai chiếm tỷ lệ 11%, đa ối 12,3%. Chiều dài CTC < 25 mm 32,9%. Có u xơ tử cung chiếm 15,1%. Có viêm đường sinh dục thấp là 21,9%.

Bảng 4. Một số đặc điểm lâm sàng và liên quan nguy cơ dọa sinh non

Đặc điểm lâm sàng	OR (95% CI)	p
Đa thai	8,8 (1,2-82,7)	p = 0,04
Đa ối	4,9 (1,1- 23,9)	p = 0,04
U xơ tử cung	4,1 (1,3-15,2)	p = 0,03
Viêm đường sinh dục thấp	2,6 (1,0-6,8)	p = 0,04
Chiều dài CTC < 25 mm	4,2 (1,3-13,1)	p = 0,01

Thai phụ đa thai có nguy cơ dọa sinh non cao gấp 8,8 lần so với đơn thai 95%CI (1,2-82,7). Thai phụ đa ối nguy cơ dọa sinh non 4,9 lần 95%CI (1,1-23,9). Chiều dài CTC < 25 mm thì nguy cơ dọa sinh non cao hơn 4,2 lần 95%CI (1,3-13,1). Có viêm đường sinh dục thấp tăng nguy cơ dọa sinh non 2,6 lần (1,3-13,1), p < 0,05.

Bảng 5. Một số liên quan đặc điểm chung và nguy cơ dọa sinh non

Đặc điểm		Tỷ lệ	OR (95% CI)	p
Tuổi mẹ	≤ 20		9,5 (1,1-80,1)	p < 0,05
	≥ 35		3,7 (1,4-7,5)	
	21 - 35		Ref.	-
Công việc	Làm việc trên 40 giờ/tuần		4,9 (1,1-23,9)	p < 0,05
	Lao động nặng		11,4 (1,4- 91,7)	
	Môi trường làm việc ô nhiễm		8,8 (1,1-72,7)	
	Làm việc < 40 giờ/tuần, nhẹ nhàng		Ref.	-
Số lần sinh	<3		4,1 (1,3-13,1)	p < 0,05
	≥ 3			
BMI trước khi mang thai	< 18,5		9,8 (1,1-82,5)	p < 0,05
	≥ 23		4,4 (1,6-11,9)	
	18,5 - 22,9		Ref.	-

Tuổi mẹ ≤ 20 hoặc > 35 có nguy cơ dọa sinh non cao gấp 9,5 và 3,7 lần 95%CI (1,1-80,1) và (1,4-7,5). Thai phụ làm việc trên 40h/tuần nguy cơ dọa sinh non tăng 4,9 lần 95%CI (1,1-23,9), lao động nặng, môi trường làm việc ô nhiễm tăng nguy cơ 11,4 lần(1,4- 91,7) và 8,8 lần (1,1-72,7). Sinh lớn hơn hay bằng 3 lần dọa sinh non cao gấp 4,1 lần (1,3-13,1). BMI < 18,5 thì nguy cơ sinh non hơn 9,8 lần 95%CI(1,1-82,5); ≥ 23 thì tăng nguy cơ 4,4 lần (1,6-11,9).

Bảng 6. Liên quan yếu tố tiền sử và dọa sinh non

Đặc điểm tiền sử	OR (95% CI)	p
Có tiền sử thai chết lưu, nạo thai, sảy thai	6,9 (1,5 - 22,4)	p=0,01
Có tiền sử sinh non, dọa sinh non	9,1 (2,0 - 41,7)	p=0,04
Khoảng cách giữa hai lần mang thai < 12 tháng	4,9 (1,0-23,9)	p=0,04

Tiền sử thai chết lưu, nạo thai, sẩy thai nguy cơ dọa sinh non tăng 6,9 lần 95%CI (1,5 - 22,4). Tiền sử sinh non, dọa sinh non nguy cơ dọa sinh non tăng lên 9,1 lần 95%CI (2,0 - 41,7). Khoảng cách giữa hai lần mang thai < 12 tháng nguy cơ dọa sinh non tăng 4,9 (1,0 - 23,9) lần.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu trên 73 bệnh nhân được chẩn đoán dọa sinh non được theo dõi và điều trị tại khoa Phụ sản Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 01/2018 đến tháng 12/2019 có được kết quả như sau:

Qua bảng 1 ghi nhận được tuổi trung bình là 28,9 ± 8,6 nhỏ nhất 16 tuổi, lớn nhất là 46 tuổi. Nhóm tuổi 21 - 35 chiếm 64,4%. Nghiên cứu Nguyễn Văn Tuấn ghi nhận sinh non ở độ tuổi 25-34 là 65,2% nhóm ≥ 35 tuổi. Y văn đã ghi nhận phụ nữ càng lớn tuổi, nguy cơ thai nghén càng cao ở nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Tuấn (19%) [2]. Làm việc > 40h/tuần, nặng, ô nhiễm tỷ lệ 36,8%. Ở vùng nông thôn chiếm 45,2%. Tuổi thai 26 - 30 chiếm 50,7% và 31-37 tuần chiếm 42,5%. Số lần sinh ≥ 3 chiếm 19,1%. Số liệu trong nghiên cứu ghi nhận tuổi mẹ ≤ 20 hoặc > 35 có nguy cơ dọa sinh non cao gấp 9,5 và 3,7 lần 95%CI (1,1-80,1) và (1,4-7,5). Thai phụ làm việc trên 40h/tuần nguy cơ dọa sinh non tăng 4,9 lần 95%CI (1,1-23,9), bưng vác vật nặng, môi trường làm việc ô nhiễm tăng nguy cơ 11,4 lần (1,4- 91,7) và 8,8 lần (1,1-72,7). Sinh lần dọa sinh non cao gấp 4,1 lần (1,3-13,1). BMI < 18,5 thì nguy cơ sinh non hơn 9,8 lần 95%CI (1,1-82,5); ≥ 23 thì tăng nguy cơ 4,4 lần (1,6-11,9). Thừa cân, béo phì chiếm 26%. Mang thai cơ thể rất nhạy cảm. Nhiều nghiên cứu ghi nhận nếu thường xuyên phải chịu áp lực trong công việc và cuộc sống, lao động nặng cơ thể tiết ra nhiều hormone tuyến thượng thận tác động lên tử cung. Từ đó sẽ ảnh hưởng tới hệ thần kinh, dẫn đến tình trạng sinh non [8]. Tiền sử thai chết lưu, nạo thai, sẩy thai chiếm 16,4%. Tiền sử sinh non, dọa sinh non chiếm 20,5%. Khoảng cách giữa hai lần mang thai < 24 tháng tỷ lệ là 12,3%.

Kết quả bảng 4 ghi nhận đa thai chiếm tỷ lệ 11%, đa ối 12,3%. Chiều dài CTC < 25 mm 32,9%. Có u xơ tử cung chiếm 15,1%. Viêm đường sinh dục thấp là 21,9%. Thai phụ đa thai có nguy cơ dọa sinh non cao gấp 8,8 lần so với đơn thai 95%CI (1,2-82,7). Thai phụ đa ối nguy cơ dọa sinh non 4,9 lần 95%CI (1,1-23,9). Một số các trường hợp có thể không rõ nguyên nhân. Một số nguyên nhân chính có thể gây sinh non như vỡ ối non, đa thai, đa ối, thai dị dạng; các

bệnh lý ở mẹ như cao huyết áp, viêm đài bể thận, viêm ruột thừa, tử cung dị dạng, ăn uống kém dinh dưỡng, hút thuốc lá, uống rượu bia, lao động quá sức; nguyên nhân từ nhau thai như nhau tiền đạo, nhau bong non, thiếu năng nhau [6],[8],[9]. Chiều dài CTC < 25 mm thì nguy cơ cao hơn 4,2 lần 95%CI (1,3 - 13,1). Viêm đường sinh dục thấp tăng nguy cơ dọa sinh non 2,6 lần (1,3-13,1) p < 0,05.

Kết quả ghi nhận tiền sử thai chết lưu, nạo thai, sẩy thai nguy cơ dọa sinh non tăng 6,9 lần 95%CI (1,5-22,4). Có tiền sử sinh non, dọa sinh non nguy cơ dọa sinh non tăng lên 9,1 lần 95%CI (2,0-41,7). Khoảng cách giữa hai lần mang thai < 12 tháng nguy cơ dọa sinh non tăng 4,9 (1,0-23,9) lần. Hở eo tử cung, dị dạng tử cung, vết mổ cũ tăng nguy cơ dọa sinh non 8,2 lần (2,3-28,1) p < 0,05. Y văn cũng ghi nhận khi bị hở eo tử cung, dị dạng tử cung thì có nguy cơ của dọa sinh non ở quý 2 của thai kỳ [4],[5],[12].

Để dự phòng sinh non, sản phụ cần khám thai định kỳ theo lịch hẹn, phát hiện và xử lý sớm các yếu tố có nguy cơ từ người mẹ như: điều trị sớm tình trạng viêm nhiễm có từ trước khi mang thai nếu có thể, tìm nguyên nhân và điều trị nếu sản phụ có tiền sử sinh non. Chế độ dinh dưỡng tốt và nghỉ ngơi hợp lý, giảm các công việc nặng nhọc, tránh môi trường độc hại. Không nên có thai sớm ở tuổi < 18 hoặc quá muộn > 35 tuổi.

5. KẾT LUẬN

Đa thai nguy cơ dọa sinh non cao gấp 8,8 lần so với đơn thai 95%CI (1,2-82,7). Thai phụ đa ối nguy cơ dọa sinh non 4,9 lần 95%CI (1,1-23,9).

Chiều dài CTC < 25 mm nguy cơ dọa sinh non cao hơn 4,2 lần 95%CI (1,3-13,1). Viêm đường sinh dục thấp tăng nguy cơ dọa sinh non 2,6 lần (1,3-13,1) p < 0,05. Tuổi mẹ ≤ 20 hoặc > 35 có nguy cơ dọa sinh non cao gấp 9,5 và 3,7 lần 95%CI (1,1-80,1) và (1,4-7,5).

Thai phụ làm việc trên 40h/tuần nguy cơ dọa sinh non tăng 4,9 lần 95%CI (1,1-23,9) , môi trường làm việc ô nhiễm tăng nguy cơ 11,4 lần(1,4- 91,7) và 8,8 lần (1,1-72,7). Sinh lớn hơn hay bằng 3 lần dọa sinh non cao gấp 4,1 lần (1,3-13,1). BMI <18,5 thì nguy cơ sinh non hơn 9,8 lần 95%CI(1,1-82,5); ≥23 thì tăng nguy cơ 4,4 lần (1,6-11,9).

Có tiền sử thai chết lưu, nạo thai, sẩy thai nguy cơ dọa sinh non tăng 6,9 lần 95%CI (1,5-22,4). Có tiền sử sinh non, dọa sinh non nguy cơ dọa sinh non tăng lên 9,1 lần 95%CI (2,0-41,7). Khoảng cách giữa hai lần mang thai <12 tháng nguy cơ dọa sinh non tăng 4,9(1,0-23,9) lần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn Phụ Sản trường Đại học Y Dược Huế (2016), "Sinh non", *Giáo trình sản khoa*. NXB Y học.
2. Doãn Thanh Tuấn (2002), "Nghiên cứu tình hình đẻ non tại khoa Phụ sản bệnh viện Trung ương Huế", *Luận văn thạc sĩ y học Trường Đại học Y Dược Huế*.
3. ACOG (2019), "Preterm Labor and Birth", p82–84.
4. Charles J Lockwood (2019), "Pathogenesis of spontaneous preterm birth", *uptodate*. This topic last updated: Jul 08, 2019.
5. Edlow AG, Srinivas SK (2007), "Second-trimester loss and subsequent pregnancy outcomes: What is the real risk", *Am J Obstetrics and Gynecology*, p197.
6. Josephine R Fowler, Larry Culpepper, et al (2020) "Working during pregnancy", *uptodate*.
7. Moroz LA, Simhan HN (2014), Rate of sonographic cervical shortening and biologic pathways of spontaneous preterm birth, *Am J Obstet Gynecol*, 210(6):555.e1-5.
8. Julian N Robinson, Errol R Norwitz, et al (2020), "Preterm birth: Risk factors, interventions for risk reduction, and maternal prognosis" *uptodate*. This topic last updated: Sep 22, 2020.
9. Martin JA et al (2015), "Births: final data for 2015", *Natl Vital Stat Rep* 66, pp 201.
10. Patrick Duff M (2020), "Preterm prelabor rupture of membranes: Clinical manifestations and diagnosis", *uptodate* This topic last updated: May 29, 2020.
11. Roberto Romero, Sudhansu K. Dey (2014), "Preterm labor: One syndrome, many causes", *Science*. 345(6198): 760–765.
12. Schaaf JM, Hof MH, Mol BW et al (2012), "Recurrence risk of preterm birth in subsequent singleton pregnancy after preterm twin delivery", *Am J Obstetrics and Gynecology*, p207–279.