TỶ LỆ SINH NON VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÊN THAI PHỤ ĐƠN THAI KHÔNG TRIỆU CHỨNG TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THÀNH PHỐ CẦN THƠ

Trần Trọng Nhân[1,2], Võ Minh Tuấn[1], Vũ Thị Nhung[5], Nguyễn Huỳnh Ngọc Tân[1], Mai Thị Thanh Thanh[1], Huỳnh Thanh Liêm[4], Vũ Đăng Khoa[4], Hồ Thị Kim Yến[4], Trần Thị Hồng Châu[4], Nguyễn Thị Phương Trang[3], Dương Mỹ Linh[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ sinh non và một số yếu tố liên quan ở thai phụ đơn thai không triệu chứng tuổi thai 18^{+0} – 24^{+0} tuần tại Bệnh viện Phụ sản TP. Cần Thơ.

Đối tượng và phương pháp: Đoàn hệ hồi cứu trên 687 thai phụ đơn thai không triệu chứng, tuổi thai 18^{+0} – 24^{+0} tuần, được siêu âm ngả âm đạo đo chiều dài cổ tử cung (CTC) và góc CTC, theo dõi đến lúc sinh tại Bệnh viện Phụ sản TP. Cần Thơ, 10/2025 – 06/2026.

Kết quả: Tỷ lệ sinh non là 13,4% (92/687). Chiều dài CTC (CL) trung bình 35,9 ± 6,2 mm (4,8% có CL ≤ 25 mm), góc CTC (UCA) trung bình 94,0 ± 23,4° (48,8% có UCA ≥ 95°). Phân tích đa biến ghi nhận hai yếu tố liên quan độc lập với sinh non là UCA ≥ 95° (ORhc = 3,17; KTC 95%: 1,92 – 5,21, p < 0,001) và tiền sử sinh non (ORhc = 3,44; KTC 95%: 1,08 – 10,97, p = 0,037). CL ≤ 25 mm không có ý nghĩa thống kê (ORhc = 1,80, p = 0,189) khi 91,3% ca sinh non có CL > 25 mm.

Kết luận: Tỷ lệ sinh non ở nhóm thai phụ đơn thai không triệu chứng là 13,4%. Chỉ số UCA ≥ 95° trên siêu âm quý II và tiền sử sinh non là các yếu tố dự báo nguy cơ sinh non độc lập có giá trị cao trên lâm sàng.

Từ khoá: Sinh non, góc cổ tử cung, chiều dài cổ tử cung, thai kỳ đơn thai không triệu chứng.

SUMMARY

PREVALENCE OF PRETERM BIRTH AND ASSOCIATED FACTORS IN ASYMPTOMATIC SINGLETON PREGNANCIES AT CAN THO OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Objective(s): To determine the prevalence of preterm birth and evaluate associated factors in asymptomatic singleton pregnant women aged 18^{+0} to 24^{+0} weeks of gestation at Can Tho Obstetrics and Gynecology Hospital.

Methods: A retrospective cohort study was conducted on 687 asymptomatic singleton pregnant women at 18^{+0} to 24^{+0} weeks of gestation who underwent transvaginal ultrasound for cervical length (CL) and uterocervical angle (UCA) measurements and were followed up until delivery at Can Tho Obstetrics and Gynecology Hospital from October 2025 to June 2026. Univariate and multivariate logistic regression analyses were performed to identify factors associated with preterm birth.

Results: The prevalence of preterm birth was 13.4% (92/687 cases). Mean CL was 35.9 ± 6.2 mm (4.8% ≤ 25 mm) and mean UCA was 94.0 ± 23.4° (48.8% ≥ 95°). Multivariate analysis identified two factors independently associated with preterm birth: UCA ≥ 95° (aOR = 3.17; 95% CI: 1.92 – 5.21, p < 0.001) and history of preterm birth (aOR = 3.44; 95% CI: 1.08 – 10.97, p = 0.037). CL ≤ 25 mm was not significant (aOR = 1.80, p = 0.189), as 91.3% of preterm births occurred in women with CL > 25 mm.

Conclusion: The prevalence of preterm birth among asymptomatic singleton pregnant women at Can Tho Obstetrics and Gynecology Hospital was 13.4%. Second-trimester uterocervical angle UCA ≥ 95° and history of preterm birth are strong independent predictors of preterm delivery.

Keywords: Preterm birth, uterocervical angle, cervical length, asymptomatic singleton pregnancy

[1]Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh
[2]Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
[3]Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh
[4]Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ
[5]Trường đại học y khoa Phạm Ngọc Thạch
Tác giả chịu trách nhiệm chính**:** Trần Trọng Nhân
Email: vominhtuan@ump.edu.vn
Mã bài: N933
Ngày nhận bài: 17/6/2026
Ngày phản biện khoa học: 15/6/2026
Ngày duyệt bài: 10/8/2026

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sinh non tiếp tục là thách thức lớn của sản khoa hiện đại và là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở trẻ dưới 5 tuổi. Năm 2020, ước tính có 13,4 triệu trẻ sinh non trên toàn cầu, chiếm hơn 1/10 tổng số trẻ sinh ra [5]. Do phần lớn trường hợp xảy ra ở thai phụ không triệu chứng, không có yếu tố nguy cơ kinh điển, sàng lọc tam cá nguyệt

giữa giữ vai trò then chốt. Đo chiều dài CTC qua siêu âm ngả âm đạo ở tuổi thai 18 – 24 tuần hiện là công cụ sàng lọc phổ biến nhất, song chỉ phát hiện khoảng 55% số ca sinh non trước 32 tuần ở quần thể nguy cơ thấp, đa số trường hợp sinh non vẫn xảy ra khi CL > 25 mm [7]. Trong bối cảnh đó, góc CTC gần đây được biết đến như chỉ số siêu âm bổ sung cho CL trong dự báo sinh non. Dziadosz và cộng sự ghi nhận UCA ≥ 95° dự báo sinh non trước 37 tuần với độ nhạy 80% và giá trị tiên đoán âm 95%, vượt trội so với CL ≤ 25 mm [2]. Tại Việt Nam, UCA ≥ 99° tiên đoán sinh non trước 37 tuần với độ nhạy 91% và độ đặc hiệu 76% [4]. Tuy vậy, dữ liệu về UCA tại Việt Nam còn hạn chế, chỉ số này chưa được đưa vào sàng lọc thường quy và chưa có mô tả đầy đủ tại Đồng bằng sông Cửu Long. Nghiên cứu này nhằm xác định tỷ lệ sinh non và phân tích một số yếu tố liên quan ở thai phụ đơn thai không triệu chứng tuổi thai 18^{+0} – 24^{+0} tuần tại Bệnh viện Phụ sản TP. Cần Thơ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Thai phụ đơn thai không triệu chứng có tuổi thai từ 18^{+0} – 24^{+0} tuần đến khám thai, được siêu âm ngả âm đạo đo CL và UCA, đồng thời theo dõi sinh tại Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ từ tháng 10/2025 đến tháng 06/2026.

2.2. Tiêu chuẩn lựa chọn

Đơn thai, thai sống, tuổi thai từ 18^{+0} – 24^{+0} tuần, có hình ảnh đo CL và UCA đầy đủ, rõ ràng, thai phụ sinh tại bệnh viện và có đầy đủ dữ liệu về kết cục thai kỳ.

2.3. Tiêu chuẩn loại trừ

Thai phụ có tiền sử can thiệp CTC, u xơ tử cung hoặc bất thường tử cung bẩm sinh, có dấu hiệu doạ sẩy thai hoặc doạ sinh non, đã hoặc đang dự phòng sinh non bằng progesterone, khâu vòng CTC hoặc vòng nâng CTC trước hay tại thời điểm siêu âm và các trường hợp sinh non do chỉ định y khoa.

2.4. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: đoàn hệ hồi cứu

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 10/2025 – 06/2026.

- Cỡ mẫu: ước tính theo công thức của Hanley và McNeil cho diện tích dưới đường cong ROC [3]:

$$SE(AUC) \leq \frac{d}{Z(1-\frac{\alpha}{2})}$$

$$SE(AUC) = \sqrt{Var(AUC)} = \sqrt{\frac{AUC\,(1-AUC)+(n^1-1)(Q_1-AUC^2)+(n_2-1)(Q_2-AUC^2)}{n_1.n_2}}$$

với $Q_1 = \frac{AUC}{2-AUC}$ và $Q_2 = \frac{2.AUC^2}{1+AUC}$

Trong đó: AUC = 0,90 theo Nguyen và cộng sự [4], Z(1 − α/2) = 1,96 (α = 0,05), d = 0,05 và tỷ lệ sinh non p = 9,9% [5]. Cỡ mẫu tối thiểu tính được là 677 thai phụ, thực tế thu nhận 687 thai phụ.

- Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu toàn bộ. Hồi cứu hồ sơ bệnh án điện tử trên phần mềm FPT.eHOSPITAL, tất cả thai phụ thoả tiêu chuẩn chọn mẫu đến khám và theo dõi sinh tại Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ trong thời gian nghiên cứu đều được đưa vào mẫu.

Các bước tiến hành nghiên cứu:

Bước 1: ghi nhận mã số y tế từ danh sách thai phụ được chỉ định siêu âm đo CL và UCA ở tuổi thai 18^{+0} – 24^{+0} tuần.

Bước 2: truy xuất hồ sơ bệnh án điện tử theo mã số y tế để đối chiếu tiêu chuẩn chọn mẫu.

Bước 3: thu thập biến số theo phiếu thu thập số liệu soạn sẵn.

Bước 4: nhập, mã hóa và làm sạch số liệu bằng phần mềm Microsoft Excel.

2.5. Phương pháp đo và thu thập dữ liệu trên siêu âm

Chiều dài CTC là khoảng cách giữa lỗ trong và lỗ ngoài CTC và góc CTC là góc tạo bởi trục kênh CTC và thành trước tử cung, đo theo hướng dẫn của Dziadosz và cộng sự [2]. Hai phép đo thực hiện liên tiếp trên cùng mặt cắt dọc giữa, bàng quang rỗng, bởi bác sĩ Chẩn đoán hình ảnh theo quy trình chuẩn hoá của bệnh viện. Số đo được hồi cứu từ phiếu siêu âm, không đo lại trên ảnh lưu nên chưa đánh giá được hệ số tương quan nội - ngoại kiểm (ICC). Khi phân tích, CL phân nhóm theo ngưỡng ≤ 25 mm [7] và UCA theo ngưỡng ≥ 95° [2].

2.6. Xử lý số liệu và thống kê

Số liệu được phân tích bằng phần mềm Stata

19.5. Biến định tính được mô tả bằng tần số và tỷ lệ phần trăm, biến định lượng được mô tả bằng trung bình ± độ lệch chuẩn hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị tùy phân phối. So sánh hai nhóm bằng phép kiểm t (hoặc Mann - Whitney) và Chi bình phương (hoặc Fisher khi tần số mong đợi < 5). Các yếu tố liên quan đến sinh non được xác định bằng hồi quy logistic đơn biến, những yếu tố có p < 0,2 được đưa vào mô hình đa biến để tính tỷ số chênh hiệu chỉnh (aOR) kèm khoảng tin cậy 95%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi p < 0,05.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh chấp thuận theo quyết định số 5538/ĐHYD-HĐĐĐ ngày 30/12/2025. Đây là nghiên cứu hồi cứu, không can thiệp, thông tin của thai phụ được mã hóa và bảo mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu, 3.786 trường hợp được chỉ định siêu âm ngả âm đạo đo CL và UCA, trong đó 1.735 trường hợp có tuổi thai 18^{+0} – 24^{+0} tuần. Sau khi áp dụng tiêu chuẩn chọn mẫu và loại trừ, 687 thai phụ được đưa vào phân tích:

3.1. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Tần số (N=687)	Tỷ lệ (100%)
Tuổi mẹ $\bar{X}$ ± SD	30,7 ± 5,9	
Nhóm tuổi mẹ		
< 20 tuổi	16	2,3%
20 – 35 tuổi	517	75,3%
> 35 tuổi	154	22,4%
Phân loại BMI trước mang thai		
Thiếu cân	12	1,8%
Bình thường	475	69,1%
Thừa cân - béo phì	200	29,1%
Số lần đã có thai trước		
0	276	40,2%
1	251	36,5%
≥ 2	160	23,3%
Phương thức sinh lần trước		
Sinh ngả âm đạo	142	20,7%
Sinh mổ	209	30,4%
Số lần sinh con thiếu tháng		
0	673	98%
≥ 1	14	2%
Kiểu mang thai		
Tự nhiên	648	94,3%
Hỗ trợ sinh sản	39	5,7%

Đặc điểm	Tần số (N=687)	Tỷ lệ (100%)
Viêm âm đạo/ CTC		
Không	677	98,5%
Có	10	1,5%

Tuổi mẹ trung bình 30,7 ± 5,9 tuổi, phần lớn 20 – 35 tuổi (75,3%), 69,1% có BMI trước mang thai bình thường. Có 40,2% chưa từng mang thai, 2% có tiền sử sinh non, đa số mang thai tự nhiên (94,3%).

3.2. Đặc điểm hình ảnh siêu âm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.2. Đặc điểm hình ảnh siêu âm của đối tượng nghiên cứu

Tuổi thai lúc siêu âm	n (%)	Chiều dài CTC (mm)			Góc cổ tử cung (độ)		
		$\bar{X}$ ± SD	> 25	≤ 25	$\bar{X}$ ± SD	≥ 95°	< 95°
18^{+0}-18^{+6}	233 (33,9%)	35,6±5,3	226 (97,0%)	7 (3,0%)	95,3±24,9	117 (50,2%)	116 (49,8%)
19^{+0}-19^{+6}	54 (7,9%)	36,8±5,9	53 (98,1%)	1 (1,9%)	96,6±25,7	27 (50,0%)	27 (50,0%)
20^{+0}-20^{+6}	98 (14,3%)	37,1±6,6	94 (95,9%)	4 (4,1%)	93,0±21,5	52 (53,1%)	46 (46,9%)
21^{+0}-21^{+6}	59 (8,6%)	36,7±5,3	58 (98,3%)	1 (1,7%)	94,0±22,0	30 (50,8%)	29 (49,2%)
22^{+0}-22^{+6}	55 (8,0%)	36,7±7,4	53 (96,4%)	2 (3,6%)	97,7±21,7	33 (60,0%)	22 (40,0%)
23^{+0}-24^{+0}	188 (27,4%)	34,9±6,8	170 (90,4%)	18 (9,6%)	90,9±22,6	76 (40,4%)	112 (59,6%)
Tổng	687 (100,0%)	35,9±6,2	654 (95,2%)	33 (4,8%)	94,0±23,4	335 (48,8%)	352 (51,2%)
Tuổi thai lúc siêu âm trung bình					20,7 ± 2,3		
Chiều dài CTC trung bình					35,9 ± 6,2		
Góc cổ tử cung trung bình					94,0 ± 23,4		

Tuổi thai lúc siêu âm trung bình 20,7 ± 2,3 tuần, tập trung ở nhóm 18+0 – 18+6 tuần (33,9%) và 23+0 – 24+0 tuần (27,4%). Chiều dài CTC trung bình 35,9 ± 6,2 mm với nhóm CL ≤ 25 mm chiếm 4,8%. Góc CTC trung bình 94,0 ± 23,4° với nhóm UCA ≥ 95° chiếm 48,8%. Hai chỉ số tương đối đồng đều giữa các lớp tuổi thai (CL 34,9 – 37,1 mm, UCA 90,9 – 97,7°).

3.3. Mối liên quan giữa sinh non với một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.3. Tỷ lệ sinh non của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Tần số (N=687)	Tỷ lệ (100%)
Tuổi thai lúc sinh (TV – TPV)	38,4 [37,5 – 39,1]	
Phân nhóm tuổi thai lúc sinh		
< 34^{+0} tuần	24	3,5%
34^{+0} – 36^{+6} tuần	68	9,9%
≥ 37^{+0} tuần	595	86,6%
Tình trạng tuổi thai lúc sinh		
Non tháng	92	13,4%
Đủ tháng	595	86,6%

Trung vị tuổi thai lúc sinh 38,4 tuần [37,5 – 39,1]. Tỷ lệ sinh non 13,4% (92/687), trong đó sinh non muộn (34^{+0} – 36^{+6} tuần) chiếm 9,9% và sinh non rất sớm (< 34^{+0} tuần) chỉ chiếm 3,5%.

Bảng 3.4. Phân tích đa biến các đặc điểm của đối tượng với nguy cơ sinh non

Đặc điểm	$OR_{thô}$ (KTC 95%)	OR_{hc}		
		OR_{hc}	KTC 95%	P_{hc}
Tuổi mẹ				
Trên 35 tuổi	1,63 (1,00 – 2,65)	1,34	0,78 – 2,31	0,292
Số lần đã có thai trước				
1	1,96 (1,15 – 3,33)	1,67	0,97 – 2,89	0,067
≥2	1,95 (1,08 – 3,51)	1,40	0,72 – 2,74	0,321
Số lần sinh con thiếu tháng				
≥ 1	5,12 (1,73 – 15,11)	3,44	1,08 – 10,97	0,037
UCA ≥95°	3,48 (2,13 – 5,70)	3,17	1,92 – 5,21	< 0,001
CL ≤ 25mm	2,17 (0,95 – 4,97)	1,80	0,75 – 4,33	0,189

Sau khi hiệu chỉnh đa biến, chỉ còn hai yếu tố duy trì mối liên quan độc lập với sinh non: UCA ≥ 95° (ORhc = 3,17, KTC 95%: 1,92 – 5,21, p < 0,001) và tiền sử sinh non ≥ 1 lần (ORhc = 3,44, KTC 95%: 1,08 – 10,97, p = 0,037).

IV. BÀN LUẬN

Tuổi mẹ trung bình 30,7 ± 5,9 tuổi với 75,3% thuộc nhóm 20 – 35 tuổi, tương đồng với các quần thể nguy cơ thấp trong y văn về UCA. Có 40,2% thai phụ chưa từng mang thai, tương đồng với Sawaddisan trên 242 thai phụ nguy cơ thấp tại Thái Lan [6]. Đáng chú ý, chỉ 2,0% thai phụ có tiền sử sinh non, thấp hơn rõ so với các nghiên cứu về UCA khác: Dziadosz 6,5% [2] và Zhang 12,0% [8]. Bên cạnh đó, đa số thai phụ có BMI bình thường (69,1%), mang thai tự nhiên (94,3%) và tỷ lệ viêm âm đạo - cổ tử cung tại thời điểm tầm soát chỉ 1,5%. Những đặc điểm này khẳng định tính chất nguy cơ thấp, không triệu chứng của mẫu - đúng quần thể đích mà UCA được kỳ vọng ứng dụng trong sàng lọc.

Tuổi thai trung bình lúc siêu âm 20,7 ± 2,3 tuần, tương tự Dziadosz và Nguyen và cộng sự (20 – 21 tuần) [2,4]. Chiều dài cổ tử cung trung bình 35,9 ± 6,2 mm, tương đồng thai phụ Việt Nam và Trung Quốc (36,1 – 36,4 mm) [4,8] nhưng thấp hơn quần thể Hoa Kỳ (40 ± 7 mm) [2], phù hợp với nhận định phụ nữ châu Á có cổ tử cung ngắn hơn. Góc cổ tử cung trung bình 94,0 ± 23,4°, xấp xỉ Dziadosz (93 ± 26°) [2], cao hơn nhóm đủ tháng của các nghiên cứu khác (82,4 – 85,3°) [4,8] và nằm trong khoảng tham chiếu của thai phụ nguy cơ thấp [6]. Khác biệt về giá trị tuyệt đối giữa các nghiên cứu chủ yếu do kỹ thuật đo và chủng tộc, trong khi chiều hướng UCA rộng hơn ở nhóm sinh non là hằng định [2,8]. Đáng chú ý, 48,8% thai phụ có UCA ≥ 95° trong khi chỉ 4,8% có cổ tử cung ngắn ≤ 25 mm, nghĩa là phần lớn trường hợp sinh non xảy ra khi chiều dài cổ tử cung còn bảo tồn; UCA vì vậy có thể phân tầng nguy cơ ở chính nhóm bị bỏ sót khi chỉ dựa vào ngưỡng CL ≤ 25 mm. Cả hai chỉ số đều ổn định giữa các lớp tuổi thai (CL 34,9 – 37,1 mm; UCA 90,9 – 97,7°), phù hợp với Sawaddisan (UCA giảm 0,3° mỗi tuần, p = 0,757) [6], cho phép linh hoạt thời điểm đo trong khoảng 18 – 24 tuần.

Tỷ lệ sinh non trong nghiên cứu là 13,4%, cao hơn Dziadosz (9,6%) [2] và ghi nhận tại Bệnh viện Sản nhi tỉnh Cà Mau (9,59%) [1]. Mức cao hơn này phù hợp với vai trò tuyến cuối của bệnh viện đối với khu vực Đồng bằng sông Cửu Long và với việc siêu âm tầm soát sinh non đã được thực hiện gần như thường quy tại đơn vị. Trong tổng số ca sinh non, sinh non rất sớm (< 34+0 tuần) chỉ chiếm 3,5%, tương ứng khoảng một phần tư, cho thấy phần lớn sinh non trong nghiên cứu là

sinh non muộn. Sau khi hiệu chỉnh đa biến, UCA ≥ 95° là yếu tố dự báo mạnh nhất (ORhc = 3,17, KTC 95%: 1,92 – 5,21, p < 0,001), phù hợp với hiệu năng của UCA trong y văn [2,8]. Ngược lại, CL ≤ 25 mm mất ý nghĩa ở cả hai mô hình (ORhc = 1,80, p = 0,189) do chỉ 8/92 ca sinh non có CTC ngắn, tức 91,3% ca sinh non xảy ra khi CL > 25 mm. Kết quả củng cố hạn chế của CL trong quần thể nguy cơ thấp [7] và cho thấy UCA mang thông tin nguy cơ độc lập với kích thước kênh CTC. Tiền sử sinh non ≥ 1 lần cũng giữ được mối liên quan độc lập (ORhc = 3,44, KTC 95%: 1,08 – 10,97, p = 0,037), phù hợp y văn, dù khoảng tin cậy rộng do chỉ có 14 trường hợp; Zhang không ghi nhận khác biệt giữa hai nhóm [8]. Yếu tố này chỉ hiện diện ở 2,0% thai phụ nên không thể phân tầng cho phần lớn dân số. Dziadosz cũng không ghi nhận tương quan giữa UCA và tiền sử sinh non [2]. Tuổi mẹ > 35 tuổi và số lần đã có thai mất ý nghĩa sau hiệu chỉnh (p > 0,05), gợi ý ảnh hưởng của chúng được trung gian qua thay đổi hình thái - cơ học đoạn nối tử cung - CTC mà UCA phản ánh. BMI, kiểu mang thai và phương thức sinh lần trước không liên quan đến sinh non, phù hợp đặc điểm quần thể nguy cơ thấp.

Dữ liệu của nghiên cứu góp phần mô tả phân bố UCA và CL ở thai phụ đơn thai không triệu chứng trong điều kiện thực hành thường quy tại vùng Đồng bằng Sông Cửu Long. Vì UCA được đo trên cùng mặt cắt với CL, việc bổ sung chỉ số này vào quy trình tầm soát quý II là khả thi, không kéo dài thời gian thăm khám và không phát sinh chi phí.

Hạn chế: thiết kế hồi cứu, đơn trung tâm và số đo lấy từ phiếu siêu âm nên không đánh giá được độ tương đồng giữa các người đo. Số trường hợp sinh non < 34^{+0} tuần (n = 24) và có tiền sử sinh non (n = 14) còn ít, làm khoảng tin cậy rộng và giảm hiệu lực thống kê. Ngoài ra, ngưỡng UCA ≥ 95° được tham chiếu từ y văn nước ngoài, cần nghiên cứu tiến cứu đa trung tâm để xác lập ngưỡng phù hợp cho thai phụ Việt Nam.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ sinh non ở thai phụ đơn thai không triệu chứng tại Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ là 13,4%, phần lớn là sinh non muộn. Góc cổ tử cung UCA ≥ 95° (ORhc = 3,17, p < 0,001) và tiền sử sinh non (ORhc = 3,44, p = 0,037) là hai yếu tố liên quan độc lập với sinh non, trong khi CL ≤ 25 mm không còn ý nghĩa sau hiệu chỉnh. Đo UCA trên siêu âm quý II là chỉ số đơn giản, không phát sinh chi phí, có giá trị phân tầng nguy cơ sinh non, đặc biệt ở thai phụ có chiều dài cổ tử cung bình thường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Huỳnh NL, Nguyễn VT.** Tỷ lệ sinh non và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện Sản nhi tỉnh Cà Mau năm 2024. Tạp chí Y học Việt Nam. 2025;556(1):330–334.
2. **Dziadosz M, Bennett T-A, Dolin C, et al.** Uterocervical angle: a novel ultrasound screening tool to predict spontaneous preterm birth. Am J Obstet Gynecol. 2016;215(3):376.e1–376.e7.
3. **Hanley JA, McNeil BJ.** The meaning and use of the area under a receiver operating characteristic (ROC) curve. Radiology. 1982;143(1):29–36.
4. **Nguyen TTH, Vu TV, Nguyen HVQ.** Uterocervical angle and cervical length measurements for spontaneous preterm birth prediction in low-risk singleton pregnant women: a prospective cohort study. Arch Gynecol Obstet. 2024;310(3):1611–1619.
5. **Ohuma EO, Moller A-B, Bradley E, et al.** National, regional, and global estimates of preterm birth in 2020, with trends from 2010: a systematic analysis. The Lancet. 2023;402(10409):1261–1271.
6. **Sawaddisan R, Kor-Anantakul O, Pruksanusak N, et al.** Distribution of uterocervical angles in the second trimester of pregnant women at low risk for preterm delivery. J Obstet Gynaecol. 2021;41(1):77–82.
7. **To MS, Skentou CA, Royston P, et al.** Prediction of patient-specific risk of early preterm delivery using maternal history and sonographic measurement of cervical length: a population-based prospective study. Ultrasound Obstet Gynecol. 2006;27(4):362–367.
8. **Zhang M, Li S, Tian C, et al.** Changes of uterocervical angle and cervical length in early and mid-pregnancy and their value in predicting spontaneous preterm birth. Front Physiol. 2024;15:1304513.