BÀI BÁO NGHIÊN CỨU GỐC

Một số yếu tố liên quan đến tiểu không kiểm soát ở phụ nữ mang thai trong ba tháng cuối thai kỳ tại Bệnh viện Hùng Vương Thành phố Hồ Chí Minh năm 2023

Quách Hữu Dương[1*], Lê Minh Nhân[1], Trương Thị Bích Hà[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định các yếu tố liên quan đến tiểu không kiểm soát ở phụ nữ mang thai trong giai đoạn ba tháng cuối thai kỳ (≥ 28 tuần) đến khám thai tại Bệnh viện Hùng Vương, Thành phố Hồ Chí Minh năm 2023.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện trên 376 phụ nữ mang thai trong ba tháng cuối đến khám tại Bệnh viện Hùng Vương Thành phố Hồ Chí Minh, với dữ liệu được thu thập bằng phỏng vấn trực tiếp sử dụng bảng câu hỏi ICIQ-UI-SF.

Kết quả: Tuổi mẹ, cân nặng thai ≥ 3.500 g và tiền căn tiểu không kiểm soát trước mang thai có liên quan độc lập với tiểu không kiểm soát trong thai kỳ. Mỗi tuổi tăng thêm làm tăng 5% khả năng tiểu không kiểm soát (OR hiệu chỉnh = 1,05; KTC 95%: 1,01 – 1,09; p = 0,026). Cân nặng thai ≥ 3500 gram làm tăng khả năng này 2,19 lần (KTC 95%: 1,01 – 4,83; p = 0,049), trong khi tiền căn tiểu không kiểm soát làm tăng 6,37 lần (KTC 95%: 1,41 – 28,89; p = 0,016).

Kết luận: Việc nhận diện sớm các yếu tố nguy cơ như tuổi mẹ, thai to và tiền căn tiểu không kiểm soát có thể giúp định hướng chiến lược sàng lọc và quản lý tiểu không kiểm soát trong thai kỳ.

Từ khoá: *yếu tố liên quan, tiểu không kiểm soát, phụ nữ mang thai, ba tháng cuối thai kỳ*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiểu không kiểm soát (TKKS) là vấn đề sức khỏe thường gặp ở phụ nữ, đặc biệt trong thời kỳ mang thai. Theo Hiệp hội Tiểu không kiểm soát Quốc tế, TKKS được định nghĩa là tình trạng rò rỉ nước tiểu không tự chủ, gây ảnh hưởng đến sức khỏe thể chất, tâm lý và chất lượng cuộc sống (1, 2). Trong thai kỳ, các thay đổi sinh lý và cơ học liên quan đến sự phát triển của thai nhi và hormone thai kỳ được xem là nguyên nhân chính dẫn đến tiểu không kiểm soát. Tình trạng này thường biểu hiện rõ nhất trong ba tháng cuối thai kỳ, khi áp lực lên cơ sàn chậu và bàng quang tăng lên đáng kể (3). TKKS có thể ảnh hưởng đến tâm lý, chức năng tình dục và làm tăng nguy cơ nhiễm trùng đường sinh dục, tiết niệu (4, 5). Những hậu quả này tạo ra gánh nặng đáng kể cho người bệnh và hệ thống y tế.

***Tác giả liên hệ:** Quách Hữu Dương*
Email: drduongquach@gmail.com
[1] Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Mã bài báo: SKPT_26_057_V
Ngày nhận bài: 03/04/2026
Ngày nhận bản sửa: 12/07/2026
Ngày chấp nhận: 16/07/2026
DOI: https://doi.org/10.38148/JHDS.105V/SKPT_26_057_V

Tỷ lệ tiểu không kiểm soát ở phụ nữ mang thai trên toàn cầu dao động từ 21% đến 71%, tùy thuộc vào giai đoạn thai kỳ, đối tượng nghiên cứu và phương pháp đánh giá (6-9). Tỷ lệ này cao nhất trong ba tháng cuối thai kỳ và có thể lên đến 71% (6, 10). Nguyên nhân được lý giải là do áp lực cơ học từ tử cung mở rộng làm giảm khả năng kiểm soát của cơ vòng niệu đạo. Đồng thời, progesterone và relaxin làm giảm trương lực cơ sàn chậu, dẫn đến mất cân bằng giữa áp lực bàng quang và áp lực đóng niệu đạo. Ngoài các thay đổi sinh lý, TKKS trong thai kỳ còn liên quan đến nhiều yếu tố sản khoa, bệnh lý và lối sống (1, 11-13).

Mặc dù không đe dọa tính mạng, TKKS có thể làm suy giảm đáng kể chất lượng cuộc sống của thai phụ. Nguy cơ giảm chất lượng cuộc sống tăng ở phụ nữ trong tam cá nguyệt giữa hoặc cuối (OR 3,06; KTC 95%: 1,48–6,32) hoặc thai phụ có TKKS gắng sức (OR 6,94; KTC 95%: 4,00–12,04) (14). Các ảnh hưởng thường gặp gồm xấu hổ, giảm tự tin, hạn chế hoạt động xã hội, lo âu và trầm cảm (15). Vì vậy, xác định sớm các yếu tố liên quan có ý nghĩa quan trọng trong khám thai định kỳ. Kết quả sàng lọc giúp nhân viên y tế nhận diện thai phụ nguy cơ cao để tư vấn, theo dõi triệu chứng, kiểm soát tăng cân và hướng dẫn tập cơ sàn chậu, qua đó góp phần giảm gánh nặng TKKS và cải thiện chất lượng cuộc sống trong ba tháng cuối thai kỳ.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện theo thiết kế cắt ngang.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được triển khai tại Bệnh viện Hùng Vương, Thành phố Hồ Chí Minh, trong giai đoạn từ tháng 12/2022 đến tháng 07/2023.

Đối tượng nghiên cứu: Phụ nữ mang thai đang ở giai đoạn tam cá nguyệt thứ ba (từ tuần thai thứ 28 trở lên), đến khám thai tại Phòng khám Bệnh viện Hùng Vương trong thời gian nghiên cứu và đáp ứng đầy đủ các tiêu chí lựa chọn của nghiên cứu.

Tiêu chí lựa chọn/loại trừ: Đối tượng nghiên cứu là thai phụ có tuổi thai từ 28 tuần trở lên đến khám tại Bệnh viện Hùng Vương. Thai phụ phải có khả năng nghe, đọc và hiểu tiếng Việt, có tình trạng sức khỏe và tinh thần phù hợp để tham gia phỏng vấn, đồng thời tự nguyện tham gia sau khi được giải thích đầy đủ về nghiên cứu. Nghiên cứu loại trừ thai phụ có dị dạng hoặc rò đường niệu dục, ung thư hoặc khối u đường niệu dục, tiền sử chấn thương tủy sống hoặc hệ thần kinh trung ương, tiền căn xạ trị vùng chậu, rối loạn tâm thần hoặc triệu chứng nhiễm trùng đường tiết niệu, viêm âm hộ hay viêm âm đạo cấp tại thời điểm thu thập số liệu.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Cỡ mẫu được tính theo công thức ước tính một tỷ lệ trong quần thể. Tỷ lệ tiểu không kiểm soát ở phụ nữ mang thai trong tam cá nguyệt thứ ba được chọn là 34,3% theo nghiên cứu của Abdullah và cộng sự năm 2016 (8). Với $\alpha = 0,05$ và sai số cho phép là 0,05, cỡ mẫu tối thiểu được xác định là 346 thai phụ.

Biến số nghiên cứu: Các biến số thu thập gồm đặc điểm nhân khẩu học, tiền sử sản khoa và tiền căn bệnh lý. Tuổi mẹ được ghi nhận tại thời điểm tham gia nghiên cứu. Số lần mang thai được phân thành con so và con rạ. Các đặc điểm sản khoa gồm số lần mổ lấy thai, số lần sinh ngả âm đạo, tiền sử sinh giúp, số thai hiện tại và cân nặng thai. Cân nặng thai được phân thành dưới 3500 gram và từ 3500 gram trở lên. Tiền căn nhiễm trùng đường tiết niệu và TKKS trước mang thai cũng được ghi nhận.

Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu: ICIQ-UI-SF là công cụ đánh giá tiểu không kiểm soát do Avery và cộng sự xây dựng năm 2004 (16). Với cấu trúc ngắn gọn,

ICIQ-UI-SF cho phép xác định tình trạng rò rỉ nước tiểu, hoàn cảnh xảy ra và mức độ ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống. Trong nghiên cứu, bảng câu hỏi được thực hiện bằng phỏng vấn trực tiếp. Tình trạng tiểu không kiểm soát được xác định dựa trên tần suất rò rỉ nước tiểu. Mức độ ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống được đánh giá theo thang điểm từ 0 đến 10. Dạng tiểu không kiểm soát được phân loại theo hoàn cảnh xảy ra rò rỉ nước tiểu (16).

Xử lý và phân tích số liệu: Dữ liệu được nhập và quản lý bằng KoboToolbox, sau đó phân tích bằng phần mềm R. So sánh giữa các nhóm sử dụng kiểm định t, Chi-bình phương hoặc kiểm định chính xác Fisher tùy theo đặc điểm biến số. Hồi quy logistic được thực hiện để xác định các yếu tố liên quan đến tiểu không kiểm soát. Các biến có $p < 0,05$ trong phân tích đơn biến hoặc có ý nghĩa lâm sàng được đưa đồng thời vào mô hình đa biến bằng phương pháp Enter. Mức ý nghĩa thống kê được xác định khi $p < 0,05$.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch phê duyệt ngày 24 tháng 11 năm 2022 theo Quyết định số 764/TĐHYK-PNT-HĐĐĐ.

KẾT QUẢ

Trong thời gian nghiên cứu, có 376 phụ nữ mang thai ở giai đoạn ba tháng cuối thai kỳ được phỏng vấn.

Bảng 1. Đặc điểm dân số - kinh tế - xã hội của đối tượng nghiên cứu (n = 376)

Đặc điểm	Trung bình ± ĐLC	GTNN – GTLN
	Tần số	Tỉ lệ (%)
Tuổi mẹ	**28,8 ± 5,5**	**16 – 45**
Số lần mang thai		
Con so (1 lần)	193	51,3
Con rạ (≥ 2 lần)	183	48,7
Số lần mổ lấy thai (n = 54)		
1 lần	44	81,5
≥ 2 lần	10	18,5
Số lần sinh ngả âm đạo		
Không	244	64,9
1 lần	86	22,9
≥ 2 lần	46	12,2

Đặc điểm	Trung bình ± ĐLC	GTNN – GTLN
	Tần số	Tỉ lệ (%)
Sinh giúp (n=132)		
Không	118	89,4
Có	14	10,6
Số thai đang mang		
Đơn thai	362	96,3
Đa thai	14	3,7
Cân nặng thai		
< 3500 gram	342	91,0
≥ 3500 gram	34	9,0
Tiền căn nhiễm trùng tiểu		
Không	348	92,6
Có	28	7,4
Tiền căn TKKS trước khi mang thai		
Không	355	94,4
Có	21	5,6

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 28,8 ± 5,5 tuổi. Tỷ lệ phụ nữ mang thai con so và con rạ tương đối tương đồng. Phần lớn đối tượng mang đơn thai, có cân nặng thai dự kiến dưới 3500 gram và không có tiền căn nhiễm trùng đường tiết niệu hoặc tiểu không kiểm soát trước mang thai. Trong nhóm đã từng sinh, đa số có tiền sử sinh ngả âm đạo một lần, trong khi tỷ lệ sinh giúp và mổ lấy thai từ hai lần trở lên tương đối thấp.

Bảng 2. Mối liên quan đơn biến giữa tiền sử sản khoa và tiểu không kiểm soát của đối tượng nghiên cứu (n=376)

Yếu tố	Tiểu không kiểm soát		OR (KTC 95%)	Giá trị p
	Có (%)	Không (%)		
Tuổi mẹ (TB ± ĐLC)	29,6 ± 5,5	27,8 ± 5,4	1,07 (1,03 – 1,11)	**0,001**
Số lần mang thai				
Con so (1 lần)	96 (49,7)	97 (50,3)	1	

Yếu tố	Tiểu không kiểm soát		OR (KTC 95%)	Giá trị p
	Có (%)	Không (%)		
Con rạ (≥ 2 lần)	106 (57,9)	77 (42,1)	1,39 (0,93 - 2,09)	0,112
Số lần mổ lấy thai				
1 lần	21 (47,7)	23 (52,3)	1	
≥ 2 lần	4 (40,0)	6 (60,0)	0,73 (0,18 - 2,95)	0,658
Số lần sinh ngả âm đạo				
Không	118 (48,4)	126 (51,6)	1	
1 lần	49 (57,0)	37 (43,0)	1,41 (0,86 – 2,32)	0,17
≥ 2 lần	35 (76,1)	11 (23,9)	3,39 (1,65 – 6,99)	**<0,001**
Sinh giúp				
Không	72 (61,0)	46 (39,0)	1	
Có	12 (85,7)	2 (14,3)	3,83 (0,82 – 17,92)	0,069

Tuổi mẹ có mối liên quan thuận chiều và có ý nghĩa thống kê với tiểu không kiểm soát trong thai kỳ. Số lần sinh ngả âm đạo từ hai lần trở lên cũng liên quan có ý nghĩa với tình trạng này. Trong khi đó, số lần mang thai, số lần mổ lấy thai và tiền sử sinh giúp không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê, mặc dù sinh giúp và sinh ngả âm đạo nhiều lần có xu hướng làm tăng khả năng tiểu không kiểm soát.

Bảng 3. Mối liên quan đơn biến giữa các yếu tố sản khoa và tiền căn bệnh lý với tình trạng tiểu không kiểm soát của đối tượng nghiên cứu (N=376)

Yếu tố	Tiểu không kiểm soát		OR (KTC 95%)	Giá trị p
	Có (%)	Không (%)		
Số thai đang mang				
1 thai	192 (53,0)	170 (47,0)	1	
≥ 2 thai	10 (71,4)	4 (28,6)	2,21 (0,68 – 7,19)	0,274
Cân nặng thai				
< 3500 gram	178 (52,0)	164 (48,0)	1	
≥ 3500 gram	24 (70,6)	10 (29,4)	2,21 (1,03 – 4,76)	**0,039**
Tiền căn nhiễm trùng tiểu				

Yếu tố	Tiểu không kiểm soát		OR (KTC 95%)	Giá trị p
	Có (%)	Không (%)		
Không	184 (52,9)	164 (47,1)	1	
Có	18 (64,3)	10 (35,7)	1,6 (0,72 – 3,57)	0,244
Tiền căn TKKS trước khi mang thai				
Không	183 (51,5)	172 (48,5)	1	
Có	19 (90,5)	2 (9,5)	8,93 (2,05 – 38,9)	**< 0,001**

Kết quả Bảng 3 cho thấy cân nặng thai lớn và tiền căn tiểu không kiểm soát trước khi mang thai có mối liên quan với tiểu không kiểm soát trong thai kỳ, trong đó tiền căn tiểu không kiểm soát là yếu tố liên quan mạnh và có ý nghĩa thống kê. Số thai đang mang và tiền căn nhiễm trùng tiểu không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê, mặc dù các yếu tố này có xu hướng làm tăng nguy cơ tiểu không kiểm soát.

Bảng 4. Kết quả phân tích đa biến giữa các yếu tố liên quan và tiểu không kiểm soát của đối tượng nghiên cứu

Yếu tố nguy cơ	OR hiệu chỉnh (KTC 95%)	Giá trị p
Tuổi mẹ	1,05 (1,01 – 1,09)	**0,026**
Cân nặng thai		
< 3500 gram	1	
≥ 3500 gram	2,19 (1,01 – 4,83)	**0,049**
Số lần sinh ngả âm đạo		
Không	1	
1 lần	1,14 (0,67 – 1,91)	0,636
≥ 2 lần	1,91 (0,86 – 4,25)	0,115
Tiền căn TKKS trước khi mang thai		
Không	1	
Có	6,37 (1,41 – 28,89)	**0,016**

Sau khi hiệu chỉnh đồng thời các yếu tố liên quan, tuổi mẹ, cân nặng thai và tiền căn tiểu không kiểm soát trước mang thai vẫn có liên quan độc lập với tiểu không kiểm soát. Mỗi một tuổi tăng thêm của mẹ làm tăng khả năng tiểu không kiểm soát 1,05 lần (KTC 95%: 1,01–1,09; p = 0,026). Thai phụ có cân nặng thai từ 3500 gram trở lên có khả năng tiểu không kiểm soát cao gấp 2,19 lần so với nhóm có cân nặng thai dưới 3500 gram (KTC 95%: 1,01–4,83; p = 0,049). Tiền căn tiểu không kiểm soát trước mang thai là yếu tố liên quan mạnh nhất, với khả năng mắc cao gấp 6,37 lần (KTC 95%: 1,41–28,89; p = 0,016). Trong khi đó, số lần sinh ngả âm đạo không còn liên quan có ý nghĩa thống kê sau hiệu chỉnh.

BÀN LUẬN

Tuổi mẹ được xem là yếu tố nguy cơ độc lập của tiểu không kiểm soát trong thai kỳ, với nguy cơ tăng dần theo tuổi. Nghiên cứu của Barbosa và cộng sự năm 2018 ghi nhận phụ nữ từ 35 tuổi trở lên có nguy cơ tiểu không kiểm soát cao hơn đáng kể so với phụ nữ trẻ (17). Tương tự, Kok và cộng sự (2016), Balik và cộng sự (2016) cũng chỉ ra rằng phụ nữ lớn tuổi có nguy cơ cao hơn trong việc phát triển tiểu không kiểm soát (9, 18). Mối liên quan này có thể được giải thích bởi sự thoái hóa mô liên kết và suy giảm chức năng cơ sàn chậu theo tuổi, làm giảm khả năng nâng đỡ và đóng kín niệu đạo (17).

Cân nặng thai lớn có thể làm tăng nguy cơ tiểu không kiểm soát do tạo áp lực cơ học lên bàng quang và hệ thống cơ sàn chậu trong thai kỳ. Áp lực kéo dài có thể làm suy giảm khả năng nâng đỡ niệu đạo và kiểm soát cơ vòng, đặc biệt trong ba tháng cuối. Maroyi và cộng sự năm 2021 cũng ghi nhận cân nặng thai lớn là yếu tố liên quan đến tiểu không kiểm soát ở phụ nữ mang thai tại Cộng hòa Dân chủ Congo (19). Kết quả này cho thấy cần theo dõi sự phát triển của thai, kiểm soát tăng cân thai kỳ và hướng dẫn tập luyện cơ sàn chậu nhằm hạn chế nguy cơ tiểu không kiểm soát.

Phụ nữ có tiền căn tiểu không kiểm soát trước mang thai có nguy cơ mắc tiểu không kiểm soát trong thai kỳ cao gấp 6,37 lần so với nhóm không có tiền căn. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Balik và cộng sự năm 2016, trong đó tiền căn tiểu không kiểm soát được xác định là yếu tố dự báo quan trọng của tình trạng này trong các lần mang thai tiếp theo (9). Mối liên quan có thể do suy yếu cơ sàn chậu hoặc tổn thương cấu trúc nâng đỡ vùng chậu đã tồn tại trước thai kỳ và tiếp tục nặng hơn dưới tác động cơ học, nội tiết khi mang thai. Vì vậy, Kok và cộng sự năm 2016 khuyến cáo khai thác tiền căn này trong chăm sóc tiền sản để nhận diện sớm thai phụ nguy cơ cao (18).

Nghiên cứu có một số điểm mạnh như được thực hiện tại Bệnh viện Hùng Vương, có cỡ mẫu tương đối lớn và sử dụng ICIQ-UI-SF để đánh giá tiểu không kiểm soát. Công cụ này đã được sử dụng rộng rãi, có tính giá trị và độ tin cậy tốt, với hệ số Cronbach's alpha là 0,95 trong nghiên cứu gốc (16) và độ tin cậy từ chấp nhận được đến rất tốt ở các phiên bản ngôn ngữ khác (20, 21). Tuy nhiên, thiết kế cắt ngang chưa cho phép xác định quan hệ nhân quả, trong khi dữ liệu phỏng vấn có thể chịu ảnh hưởng của sai số nhớ lại. Dù vậy, kết quả nghiên cứu vẫn cung cấp bằng chứng thực tiễn, hỗ trợ định hướng nghiên cứu tiếp theo và xây dựng biện pháp sàng lọc, can thiệp sớm trong chăm sóc thai phụ.

KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy cần lồng ghép sàng lọc tiểu không kiểm soát vào chăm sóc tiền sản, đặc biệt ở thai phụ lớn tuổi, có cân nặng thai từ 3500 gram trở lên hoặc có tiền căn tiểu không kiểm soát. Nhân viên y tế nên chủ động khai thác triệu chứng trong các lần

khám thai, đồng thời tư vấn kiểm soát tăng cân, tập cơ sàn chậu và theo dõi diễn tiến. Những trường hợp nặng hoặc kéo dài cần được chuyển khám chuyên khoa để đánh giá và can thiệp phù hợp.

Lời cảm ơn: Nhóm tác giả trân trọng cảm ơn Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch và Bệnh viện Hùng Vương Thành phố Hồ Chí Minh đã hỗ trợ và tạo điều kiện trong quá trình thực hiện nghiên cứu. Nhóm tác giả cũng chân thành cảm ơn các thai phụ đã tham gia và đóng góp vào việc hoàn thành nghiên cứu này.

Xung đột về lợi ích liên quan đến nghiên cứu: Các tác giả tuyên bố không có xung đột lợi ích liên quan đến nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Dinc A. Prevalence of urinary incontinence during pregnancy and associated risk factors. LUTS: Lower Urinary Tract Symptoms. 2018;10(3):303-7.
2. Hunskaar S, Burgio K, Clark A, Lapitan M, Nelson R, Sillen U, et al. Epidemiology of urinary (UI) and faecal (FI) incontinence and pelvic organ prolapse (POP). Incontinence. 2005;1:255-312.
3. Sangsawang B, Sangsawang N. Stress urinary incontinence in pregnant women: a review of prevalence, pathophysiology, and treatment. Int Urogynecol J. 2013;24(6):901-12.
4. Li Z, Xu T, Zhang L, Zhu L. Prevalence, potential risk factors, and symptomatic bother of lower urinary tract symptoms during and after pregnancy. LUTS: Lower Urinary Tract Symptoms. 2019;11(4):217-23.
5. Yusoff DM, Awang S, Kueh YC. Urinary incontinence among pregnant women attending an antenatal clinic at a tertiary teaching hospital in North-East Malaysia. Journal of Taibah University Medical Sciences. 2019;14(1):39-46.
6. Oliveira C, Seleme M, Cansi PF, Consentino RF, Kumakura FY, Moreira GA, et al. Urinary incontinence in pregnant women and its relation with socio-demographic variables and quality of life. Rev Assoc Med Bras (1992). 2013;59(5):460-6.
7. Adaji SE, Shittu OS, Bature SB, Nasir S, Olatunji O. Suffering in silence: pregnant women's experience of urinary incontinence in Zaria, Nigeria. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 2010;150(1):19-23.
8. Abdullah B, Ayub S, Zahid AM, Noorneza A, Isa MR, Ng P. Urinary incontinence in primigravida: the neglected pregnancy predicament. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 2016;198:110-5.
9. Balik G, Güven ES, Tekin YB, Şentürk Ş, Kağitci M, Üstüner I, et al. Lower Urinary Tract Symptoms and Urinary Incontinence During Pregnancy. Low Urin Tract Symptoms. 2016;8(2):120-4.
10. Moossdorff-Steinhauser HF, Berghmans BC, Spaanderman ME, Bols EM. Prevalence, incidence and bothersomeness of urinary incontinence in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. International urogynecology journal. 2021:1-20.
11. Gul T, Naqvi SF, Obaid S, Shahid MH. Frequency of stress urinary incontinence in pregnant females. Journal of Islamabad Medical & Dental College. 2021;10(4):216-20.

12. Molinet Coll C, Martinez Franco E, Altimira Queral L, Cuadras D, Amat Tardiu L, Parés D. Hormonal influence in stress urinary incontinence during pregnancy and postpartum. Reproductive Sciences. 2022;29(8):2190-9.

13. Ferrari A, Mannella P, Caputo A, Simoncini T, Bonciani M. Risk and protective factors for pregnancy-related urinary incontinence until 1 year postpartum: A cohort study using patient-reported outcome measures in Italy. Int J Gynaecol Obstet. 2024;164(1):200-9.

14. Jaffar A, Mohd-Sidik S, Abd Manaf R, Foo CN, Gan QF, Saad H. Quality of life among pregnant women with urinary incontinence: A cross-sectional study in a Malaysian primary care clinic. PLOS ONE. 2021;16(4):e0250714.

15. Keseroglu BB, Aydın O, Koc EME, Bayburtluoglu V, Yuceturk CN, Karakan T, et al. Impact of urinary incontinence on anxiety status during pregnancy: A prospective case–control study. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 2022;270:227-30.

16. Avery K, Donovan J, Peters TJ, Shaw C, Gotoh M, Abrams P. ICIQ: a brief and robust measure for evaluating the symptoms and impact of urinary incontinence. Neurourology and Urodynamics: Official Journal of the International Continence Society. 2004;23(4):322-30.

17. Barbosa L, Boaviagem A, Moretti E, Lemos A. Multiparity, age and overweight/obesity as risk factors for urinary incontinence in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. International Urogynecology Journal. 2018;29(10):1413-27.

18. Kok G, Seven M, Guvenc G, Akyuz A. Urinary Incontinence in Pregnant Women: Prevalence, Associated Factors, and Its Effects on Health-Related Quality of Life. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2016;43(5):511-6.

19. Maroyi R, Mwambali N, Moureau MK, Keyser LE, McKinney JL, Brown HW, et al. Prevalence of urinary incontinence in pregnant and postpartum women in the Democratic Republic of Congo. International Urogynecology Journal. 2021;32(7):1883-8.

20. Grøn Jensen LC, Boie S, Axelsen S. International consultation on incontinence questionnaire - Urinary incontinence short form ICIQ-UI SF: Validation of its use in a Danish speaking population of municipal employees. PLoS One. 2022;17(4):e0266479.

21. Lim R, Liong ML, Lau YK, Yuen KH. Validity, reliability, and responsiveness of the ICIQ-UI SF and ICIQ-LUTSqol in the Malaysian population. Neurourol Urodyn. 2017;36(2):438-42.

Factors associated with urinary incontinence among pregnant women in the third trimester at Hung Vuong Hospital, Ho Chi Minh City in 2023

Quach Huu Duong[1*], Le Minh Nhan[1], Truong Thi Bich Ha[1]
[1]*Pham Ngoc Thach University of Medicine*

ABSTRACT

Objective: To identify factors associated with urinary incontinence among pregnant women in the third trimester (≥ 28 weeks of gestation) attending antenatal care at Hung Vuong Hospital, Ho Chi Minh City in 2023. **Methods:** A cross-sectional study was conducted among 376 women in the third trimester of pregnancy who attended Hung Vuong Hospital in Ho Chi Minh City, with data collected through face-to-face interviews using the ICIQ-UI-SF questionnaire. **Results:** Maternal age, fetal weight ≥3,500 gram, and a history of urinary incontinence before pregnancy were independently associated with urinary incontinence during pregnancy. Each one-year increase in maternal age was associated with a 5% increase in the odds of urinary incontinence (adjusted OR = 1.05; 95% CI: 1.01 – 1.09; p = 0.026). A fetal weight ≥3,500 gram was associated with 2.19-fold higher odds of urinary incontinence (95% CI: 1.01 – 4.83; p = 0.049), whereas a history of urinary incontinence before pregnancy was associated with 6.37-fold higher odds (95% CI: 1.41 – 28.89; p = 0.016). **Conclusion:** Maternal age, fetal macrosomia, and a history of urinary incontinence before pregnancy are independent risk factors for urinary incontinence during pregnancy, highlighting the importance of early identification and targeted management in high-risk groups.
Keywords: *urinary incontinence, pregnancy, risk factors, third trimester*