

TỈ LỆ TIỀN SẢN GIẬT VÀ CÁC YẾU TỐ CẬN LÂM SÀNG LIÊN QUAN Ở PHỤ NỮ MANG THAI TẠI BỆNH VIỆN SẢN – NHI TRÀ VINH

Võ Thị Thùy Linh¹, Đặng Quế Trân^{2*}, Nguyễn Thị Kim Hiền³

PREVALENCE OF PREECLAMPSIA AND ASSOCIATED LABORATORY FACTORS IN PREGNANT WOMEN AT TRA VINH MATERNITY AND CHILDREN'S HOSPITAL, VIETNAM

Vo Thi Thuy Linh¹, Dang Que Tran^{2*}, Nguyen Thi Kim Hien³

Tóm tắt – Nghiên cứu xác định tỉ lệ tiền sản giật và mối liên quan với một số chỉ số xét nghiệm trên thai phụ tại Bệnh viện Sản – Nhi Trà Vinh. Phương pháp hồi cứu cắt ngang được sử dụng để nghiên cứu 384 hồ sơ bệnh án của thai phụ đến khám và nhập viện tại Bệnh viện Sản – Nhi Trà Vinh từ tháng 1/2023 đến tháng 6/2023. Kết quả nghiên cứu cho thấy có 10,94% thai phụ được chẩn đoán mắc tiền sản giật, đồng thời xác định có mối liên quan giữa tiền sản giật với thời gian PT kéo dài ($p < 0,001$), tăng protein niệu ($p < 0,001$), tăng creatinine ($p = 0,009$) và tăng ALT ($p = 0,014$).

Từ khóa: chỉ số xét nghiệm, thai phụ, tiền sản giật.

Abstract – This retrospective study aimed to estimate the prevalence of preeclampsia and its relation with associated laboratory factors among pregnant women at Tra Vinh Maternity and Children's Hospital. The retrospective cross-sectional method was used to study 384 eligible subjects who visited and were admitted to Tra Vinh Maternity and Children's Hospital from January to June 2023. The results showed that 10.94% of pregnant women were diagnosed with preeclampsia. Prolonged prothrombin time ($p < 0.001$), increased urine protein ($p < 0.001$),

creatinine ($p = 0.009$), and ALT levels ($p = 0.014$) are associated factors for the disease.

Keywords: laboratory indicators, preeclampsia, pregnant women.

I. GIỚI THIỆU

Tiền sản giật là tình trạng tăng huyết áp thai nghén khi huyết áp tâm thu ≥ 140 mmHg và huyết áp tâm trương ≥ 90 mmHg lúc nghỉ ngơi, huyết áp được đo ít nhất hai lần và cách nhau 4 giờ kèm tăng protein niệu $> 0,3$ g/24 giờ [1]. Việc xét nghiệm huyết đồ có chỉ số tiểu cầu $< 100.000/\text{mm}^3$, creatinine/huyết tương $> 1,3$ mg/dL và tăng men gan ALT hay AST (gấp đôi ngưỡng trên giá trị bình thường), acid uric tăng cao [2]. Tiền sản giật vẫn là nguyên nhân hàng đầu gây ra tử vong ở mẹ lẫn trẻ sơ sinh trên thế giới. Điển hình, tỉ lệ tiền sản giật trên toàn thế giới 3–5% trong trường hợp mang thai, tiền sản giật gây ra 60.000 ca tử vong mẹ và 500.000 thai nhi mỗi năm [3]. Một trong những mối liên quan góp phần theo dõi tiền sản giật thai kì quan trọng nhất là một số chỉ số xét nghiệm. Các xét nghiệm này giúp phân tích và đánh giá công thức máu, rối loạn chức năng đông máu, chức năng của các cơ quan như gan, thận; đồng thời, các xét nghiệm còn giúp đưa ra những dự báo về những ảnh hưởng đến sức khỏe thai phụ.

Tại Việt Nam, nhiều nghiên cứu nói về tiền sản giật khu trú ở một số đặc điểm chung (tuổi, dân tộc, khu vực sống, cân nặng trẻ sau sinh...), mức độ (tiền sản giật có dấu hiệu nặng, tiền sản giật không có dấu hiệu nặng), triệu chứng, hậu quả. Riêng ở tỉnh Trà Vinh, nghiên cứu về kết

^{1,2,3}Trường Đại học Trà Vinh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 01/12/2023; Ngày nhận bài chỉnh sửa: 15/01/2024; Ngày chấp nhận đăng: 20/3/2024

*Tác giả liên hệ: vtlinhtv@gmail.com

^{1,2,3}Tra Vinh University, Vietnam

Received date: 01st December 2023; Revised date: 15th January 2024; Accepted date: 20th March 2024

*Corresponding author: vtlinhtv@gmail.com

cục thai kì nặng và những yếu tố liên quan đến tiền sản giật nặng tại Bệnh viện Sản – Nhi Trà Vinh của Võ Minh Tiền và cộng sự cho thấy tỉ lệ kết cục thai kì xấu chiếm 27,5% [4]. Tuy nhiên, mối quan hệ giữa tiền sản giật và các chỉ số xét nghiệm chưa được nghiên cứu nhiều. Các chỉ số về huyết học, sinh hóa, protein niệu có giá trị chẩn đoán, theo dõi và điều trị tiền sản giật, giúp phát hiện, điều trị và tiên lượng bệnh tốt hơn. Tại tỉnh Trà Vinh, chưa có nghiên cứu nào làm nổi bật mối liên quan của tiền sản giật và các chỉ số cận lâm sàng. Vì những lí do cấp thiết trên, nghiên cứu về tỉ lệ tiền sản giật và các yếu tố cận lâm sàng liên quan ở phụ nữ mang thai tại Bệnh viện Sản – Nhi Trà Vinh góp phần cung cấp số liệu về tình trạng tiền sản giật tại một bệnh viện sản – nhi cụ thể tại địa phương, đồng thời xác định các yếu tố cận lâm sàng liên quan ở phụ nữ mang thai.

II. TỔNG QUAN NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu của Makuyana et al. [1] với 110 thai phụ, trong đó 38 thai phụ có tiền sản giật và 72 thai phụ khỏe mạnh có cùng lứa tuổi và tuổi thai vào năm 2002. Sau khi thực hiện đánh giá kết quả các xét nghiệm: albumin, bilirubin, ALP, AST, GGT, creatinin, ure, acid uric, Makuyana et al. nhận thấy được albumin, bilirubin và ALT không có sự khác biệt lớn giữa thai phụ có tiền sản giật và thai phụ khỏe mạnh. Riêng các xét nghiệm về thận như creatinin, ure, acid uric tăng lên đáng kể trong tiền sản giật.

Nghiên cứu tại Nepal của Praamanik [5] năm 2014 cho thấy mối liên quan giữa nồng độ acid uric trong huyết thanh tăng cao ở những thai phụ tiền sản giật với thai phụ khỏe mạnh. Nghiên cứu này cho thấy chỉ số acid uric huyết thanh góp phần vào chẩn đoán tiền sản giật vì acid uric là một chất chuyển hóa cuối cùng của quá trình phân hủy nucleotide, làm tăng nồng độ trong máu của những thai phụ có tiền sản giật.

Nghiên cứu của Võ Minh Tiền và cộng sự [4] tại Bệnh viện Sản – Nhi Trà Vinh từ 2018 đến 2021 về kết cục thai kì và những yếu tố liên quan đến tiền sản giật có triệu chứng nặng thực hiện ở 236 trường hợp được chẩn đoán là tiền sản giật có triệu chứng nặng. Kết quả cho thấy thai kì có kết cục xấu chiếm 27,5%. Thai phụ sinh con

tuổi thai < 37 tuần tăng nguy cơ gặp kết cục xấu gấp 5,1 lần. Thai phụ có chỉ số protein ≥ 100 mmol/L tăng nguy cơ gặp kết cục thai kì xấu gấp 23,5 lần. Nhóm tác giả nhận định nguy cơ gặp kết cục thai kì xấu ở người dân tộc Khmer cao hơn dân tộc Kinh [4]. Qua nghiên cứu, nhóm tác giả đã chỉ ra các mối liên quan gây ra kết cục thai kì xấu là dân tộc, tuổi thai, chỉ số sinh hóa là creatinin huyết tương có đóng góp một phần quan trọng ảnh hưởng đến tiền sản giật.

Năm 2022, Sipaseuth et al. [6] nghiên cứu trên 386 thai phụ được chẩn đoán là tiền sản giật tại Bệnh viện Từ Dũ, Thành phố Hồ Chí Minh để khảo sát cân nặng sau sinh của trẻ. Kết quả cho thấy, những thai phụ có tăng acid uric tăng nguy cơ nhẹ cân theo tuổi thai gấp 2,3 lần, thai phụ có ALT ≥ 50 U/L tăng nguy cơ trẻ nhẹ cân theo tuổi gấp 8,1 lần, thai phụ giảm HCT < 37% tăng nguy cơ trẻ nhẹ cân gấp 2,5 lần. Sipaseuth et al. [6] nhận định rằng thai phụ có tiền sản giật tăng acid uric, men gan cao thì tỉ lệ sinh ra trẻ nhẹ cân cao. Qua nghiên cứu của Sipaseuth et al. [6], việc xét nghiệm các chỉ số sinh hóa không chỉ giúp bác sĩ theo dõi chức năng các cơ quan của thai phụ, mà nó còn có vai trò quan trọng khảo sát tỉ lệ trẻ nhẹ cân. Đồng thời, nghiên cứu này cũng cho thấy mối liên quan xét nghiệm sinh hóa ở thai phụ tiền sản giật và những chỉ số ALT, AST, HCT, acid uric tăng cao còn là nguyên nhân làm trẻ nhẹ cân.

Các kết quả nghiên cứu trên cho thấy được giá trị của các chỉ số sinh hóa trong chẩn đoán tiền sản giật trên thai phụ, chỉ rõ sự khác biệt giữa thai phụ khỏe mạnh và thai phụ nằm trong nhóm tiền sản giật, cung cấp thông tin quan trọng theo dõi chức năng của các cơ quan trong cơ thể khi mắc tiền sản giật, đồng thời giúp các bác sĩ có hướng khắc phục những hậu quả xấu xảy ra trên thai phụ.

III. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

A. Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 1/2023 đến tháng 6/2023 tại Bệnh viện Sản – Nhi Trà Vinh. Tiêu chuẩn lựa chọn là các thai phụ có tuổi thai ≥ 20 tuần đến khám và nhập viện tại Bệnh viện Sản – Nhi Trà Vinh được thực hiện xét nghiệm huyết học như RBC, HGB, WBC, PLT;

xét nghiệm đông máu: APTT, PT; xét nghiệm sinh hóa: Glucose, Creatinin, ALT, AST và xét nghiệm nước tiểu: Protein niệu. Tiêu chuẩn loại trừ là những hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin.

B. Phương pháp chọn mẫu

Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu:

$$n = Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \frac{p \times (1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

n: cỡ mẫu nghiên cứu

$Z_{1-\frac{\alpha}{2}}$: hệ số tin cậy (1,96)²

d: mức sai lệch mong muốn cho phép giữa tham số mẫu và quần thể.

p: tỉ lệ thai phụ có tiền sản giật (%) ước tính ở mức độ cao nhất tại thời điểm nghiên cứu. Chọn p = 0,5.

Do vậy, cỡ mẫu tối thiểu cần thiết cho nghiên cứu tính được là 384 mẫu.

Mẫu ngẫu nhiên đơn được sử dụng để chọn mẫu trong nghiên cứu. Dựa trên danh sách các thai phụ đến khám và nhập viện tại Bệnh viện Sản – Nhi Trà Vinh từ tháng 1/2023 đến tháng 6/2023, nghiên cứu chọn ngẫu nhiên 384 thai phụ trong hồ sơ bệnh án thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu.

C. Phương pháp thu thập và xử lý số liệu

Mẫu thu thập thông tin bệnh án nghiên cứu gồm ba phần: thông tin dịch tễ, thông tin lâm sàng và một số kết quả xét nghiệm huyết học, đông máu, sinh hóa.

Số liệu được nhập bằng phần mềm Microsoft Exel 2019, quản lý và xử lý bằng phần mềm Stata 14.0. Thống kê mô tả: tính tần số, tỉ lệ (%) cho các biến định tính. Dùng trung bình và độ lệch chuẩn, hoặc trung vị và khoảng tứ vị cho biến định lượng (tuổi).

Thống kê phân tích: Dùng kiểm định chi bình phương để xác định tần số và tỉ lệ (%) các biến độc lập và biến phụ thuộc ở các bảng có mối liên quan. Sử dụng hồi quy logistic đơn biến để kiểm

định mối liên quan giữa biến độc lập và biến phụ thuộc.

D. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức của Trường Đại học Trà Vinh thông qua theo Quyết định số 213/GCT-HĐĐĐ ngày 18/6/2023. Nghiên cứu chỉ thu thập thông tin từ hồ sơ bệnh án, nghiên cứu viên không trực tiếp can thiệp trên người bệnh, không làm sai lệch các kết quả trong quá trình chẩn đoán cũng như trong điều trị của người bệnh. Các kết quả nghiên cứu đảm bảo tính khoa học, tin cậy và chính xác. Việc nghiên cứu này nhằm cung cấp tỉ lệ tiền sản giật và đưa ra mối liên quan đến bệnh, không nhằm mục đích nào khác.

IV. KẾT QUẢ VÀ THẢO LUẬN

A. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung của các đối tượng nghiên cứu được trình bày qua Bảng 1.

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 384)

Đặc điểm thông tin lâm sàng	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)	X±SD
Tuổi	≤ 35	83,33	28,28±6,01
	> 35	16,67	
Dân tộc	Kinh	63,02	
	Khmer	34,12	
	Khác	2,86	
Nghề nghiệp	Viên chức	5,20	
	Công nhân	29,95	
	Nông dân	3,13	
	Nội trợ	54,17	
Nơi sống	Khác	7,55	
	Thành thị	10,16	
Số lần sinh con	Nông thôn	89,84	
	Chưa sinh	40,10	
	1 lần	41,67	
	2 lần	14,84	
	≥ 3 lần	3,39	

Trong 384 đối tượng nghiên cứu, thai phụ có độ tuổi trung bình 28,28±6,01, thai phụ ≤ 35 tuổi chiếm 83,33%, nhóm > 35 tuổi chiếm 16,67%, đa phần nằm trong độ tuổi sinh sản. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn

Hữu Trung và cộng sự [7], tập trung chủ yếu ở độ tuổi 27 và dao động trong khoảng 25–29 tuổi; tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Thảo và cộng sự [8] với độ tuổi trung bình $28,87 \pm 6,73$.

Về dân tộc và nơi sinh sống, Bảng 1 cũng cho thấy thai phụ là dân tộc Kinh chiếm đa số 63,02%, dân tộc Khmer chiếm 34,11%, dân tộc khác chiếm 2,86%. Thai phụ chủ yếu sống ở vùng nông thôn chiếm 89,84%, ở thành thị chỉ chiếm 10,16%. Điều này phù hợp với cơ cấu dân số ở tỉnh Trà Vinh với sự phân bố dân cư không đồng đều giữa thành thị và nông thôn [3].

Về nghề nghiệp, thai phụ thuộc nhóm nội trợ chiếm tỉ lệ nhiều nhất với 54,17%, công chức và viên chức chiếm 5,21%, đây là nhóm chiếm tỉ lệ thấp nhất. Nghiên cứu của Võ Minh Tiên và cộng sự năm 2021 tại Bệnh viện Sản – Nhi Trà Vinh cho thấy mối tương đồng về biến khu vực sống và biến nghề nghiệp, thai phụ sống ở nông thôn chiếm 88,6% thuộc nhóm nội trợ chiếm 59,3% [4].

Về số lần sinh con của thai phụ, nghiên cứu dựa vào hồ sơ bệnh án của bác sĩ và tìm thấy 40,10% thai phụ chưa sinh con lần nào, 41,67% thai phụ sinh con được 1 lần và 14,84% thai phụ sinh con ở lần thứ hai và chỉ có 3,39% thai phụ sinh con từ 3 lần trở trên.

B. Đặc điểm thông tin lâm sàng

Bảng 2 cho thấy, thai phụ có chỉ số huyết áp $\geq 140/90$ mmHg, chiếm 16,67% và huyết áp $< 140/90$ mmHg, chiếm 83,33%. Chỉ số huyết áp trung bình tâm thu là $123,41 \pm 16,24$ mmHg và huyết áp tâm trương là $79,24 \pm 8,83$ mmHg. Nhìn chung, huyết áp của thai phụ nằm trong giá trị bình thường. Trong số 384 thai phụ, có 5,47% thai phụ có hiện tượng phù. Đặc điểm tiền sử mắc các bệnh lý dựa trên thông tin lâm sàng của bác sĩ cho thấy có 3,91% thai phụ mắc một số bệnh lý trước đó. Thai phụ tăng huyết áp thai kỳ có 6,77%. Nghiên cứu của Nguyễn Hữu Trung và cộng sự [7] tại Khoa Phụ sản, Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh đối với thai phụ có nguy cơ cao cho thấy tỉ lệ thai phụ tăng huyết áp là 7,4%. Tuổi thai trung bình là $37,77 \pm 2,35$, thai phụ có tuổi thai nhỏ nhất là 21 tuần, cao nhất là 41 tuần.

Bảng 2: Đặc điểm thông tin lâm sàng

Đặc điểm thông tin lâm sàng	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)	X±SD
Chỉ số huyết áp	$\geq 140/90$ mmHg	64	16,67
	$< 140/90$ mmHg	320	83,33
Hiện tượng phù	Có	21	5,47
	Không	363	94,53
Tiền sử mắc các bệnh lý	Có	15	3,91
	Không	369	96,09
Tăng huyết áp thai kỳ	Có	26	6,77
	Không	358	93,23
Tuổi thai			$37,77 \pm 2,35$

C. Tỉ lệ thai phụ có chẩn đoán tiền sản giật

Theo Bảng 3, trong số 384 thai phụ được tiến hành nghiên cứu, tỉ lệ thai phụ có chẩn đoán tiền sản giật chiếm 10,94%, cao hơn các nghiên cứu của Ye et al. [9], Trương Quang Vinh và cộng sự [10]. Theo báo cáo của Ye et al. vào năm 2013 [9], trong tổng số 112.386 thai phụ khảo sát trên 38 bệnh viện, tỉ lệ tiền sản giật trong tổng số mẫu nghiên cứu xấp xỉ 3%. Kết quả nghiên cứu của Trương Quang Vinh và cộng sự [10] cho thấy thai phụ có tỉ lệ tiền sản giật chiếm 2,84%. Tuy nhiên, đa phần bệnh nhân có chỉ số huyết áp $< 140/90$ mmHg, tỉ lệ phù và mắc các bệnh lý kèm theo thấp.

Bảng 3: Tỉ lệ thai phụ có tiền sản giật và phân loại tiền sản giật

Đặc điểm thông tin lâm sàng	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Chẩn đoán tiền sản giật	Có	42
	Không	342
Tiền sản giật sau sinh	Có	6
	Không	378

D. Mối liên quan giữa một số chỉ số xét nghiệm với thai phụ có tiền sản giật

Bảng 4 cho thấy mối liên quan giữa thai phụ có tiền sản giật với các chỉ số xét nghiệm huyết học. Chỉ số PLT giảm theo thời gian báo hiệu có diễn tiến nặng, đặc biệt nguy cơ hội chứng HELLP và sản giật nặng. Do nghiên cứu được thực hiện bằng cách lấy mẫu ngẫu nhiên đơn, tỉ lệ thai phụ có tiền sản giật so với tổng số thai phụ đến khám và sinh thấp, nên những thay đổi

Bảng 4: Mối liên quan giữa các chỉ số xét nghiệm huyết học với thai phụ có tiền sản giật (n = 384)

Các chỉ số xét nghiệm		Có tiền sản giật n (%)	Không có tiền sản giật n (%)	POR (KTC: 95%)	p-value
RBC ($10^6/\mu\text{L}$)	< 4,01	5(6,33)	74(93,67)	1	
	4,01–5,79	37(12,21)	266(87,79)	1,93(0,78–4,75)	0,153
	> 5,79	0(0,00)	2(100,0)	-	-
HGB (g/dl)	< 11,59	7(13,21)	46(86,79)	1	
	11,5–15,0	31(10,06)	277(89,94)	0,76(0,35–1,62)	0,488
	> 15,0	4(17,39)	19(82,61)	1,32(0,43–4,07)	0,633
WBC ($10^3/\mu\text{L}$)	< 4,01	0(0,00)	2(100,0)	1	
	4,01–11,42	19(10,50)	162(89,50)	-	-
	> 11,42	23(11,44)	178(88,56)	0,92(0,52–1,63)	0,768
PLT ($10^3/\mu\text{L}$)	< 150	5(11,63)	38(88,37)	1	
	150–400	37(37,20)	303(89,12)	0,93(0,39–2,26)	0,883
	> 400	0(0,00)	1(100,0)	-	-

bất thường trên chỉ số huyết học sẽ chưa thể hiện mối liên quan với bệnh lý tiền sản giật.

Ngoài các chỉ số huyết học, tiền sản giật còn có mối liên quan với các xét nghiệm đông máu (Bảng 5).

Bảng 5 cho thấy có mối liên quan giữa chỉ số PT với thai phụ có tiền sản giật. Thai phụ có PT trong khoảng 70–140% và trên 140% có tỉ lệ tiền sản giật thấp hơn 0,24 lần so với PT dưới 70%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê $PR = 0,24$ (0,12–0,48) và $p < 0,001$. Nghiên cứu tìm thấy có mối liên quan giữa thai phụ có tiền sản giật với chỉ số PT. Namavar [11] so sánh chỉ số đông máu trên thai phụ có tiền sản giật triệu chứng nặng và thai phụ thường tại Iran thấy được giá trị trung bình APTT ($p < 0,005$) và giá trị PT ($p > 0,05$) không có sự khác biệt, nghiên cứu trên tìm mối liên quan trên chỉ số APTT.

Mối liên quan giữa các chỉ số xét nghiệm sinh hóa với thai phụ có tiền sản giật được thể hiện qua Bảng 6.

Bảng 6 cho thấy có mối liên quan giữa thai phụ có tiền sản giật với các chỉ số xét nghiệm sinh hóa như protein niệu, creatinin và ALT. Những thai phụ có protein niệu dương tính có tỉ lệ tiền sản giật cao hơn 6,55 lần so với những thai phụ có protein niệu âm tính. Thai phụ có chỉ số creatinin 53–100 mg/dL và >100 mg/dL có tỉ lệ tiền sản giật cao hơn 2,77 lần so với những thai phụ có creatinin < 53 mg/dL. Chỉ số ALT ở những thai phụ > 40U/L có tỉ lệ mắc tiền sản giật cao hơn 3,03 lần với những thai phụ có ALT ≤ 40 U/L. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Bành

Dương Yến Nhi và cộng sự [12] khi tìm thấy mối liên quan giữa tiền sản giật với sự thay đổi của chỉ số ALT.

Các chỉ số xét nghiệm hóa sinh thường được chỉ định góp phần đánh giá chức năng của các cơ quan để theo dõi, chẩn đoán và điều trị. Trong nghiên cứu của Nguyễn Hữu Trung và cộng sự [7], tỉ lệ thai phụ tiền sản giật có protein niệu dương tính là 0,4%, kết quả này thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi. Điều này có thể lí giải là do nhóm tác giả thực hiện trên thai phụ có tuổi thai từ tuần 24 đến tuần 28 đã được tầm soát tiền sản giật, nên tỉ lệ protein niệu thấp. Nghiên cứu của Võ Minh Tiên và cộng sự tại Bệnh viện Sản – Nhi Trà Vinh cho thấy chỉ số creatinin tăng thì tỉ lệ thai gặp kết cục xấu cao hơn 2,9–23,5 lần [4].

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Thai phụ có chẩn đoán tiền sản giật chiếm 10,94%, có mối liên quan giữa thai phụ mắc tiền sản giật với chỉ số PT với $PR = 0,24$ (0,12–0,48) và $p < 0,001$, protein niệu với $PR = 6,55$ (3,33–12,91) và $p < 0,001$, chỉ số creatinin với $PR = 2,77$ (1,28–5,97) và $p = 0,009$, chỉ số ALT với $PR = 3,03$ (1,45–6,34) và $p = 0,014$. Từ những kết quả này, nghiên cứu đề xuất những khuyến nghị góp phần quản lí tốt thai kì như sau:

Các cơ sở y tế tăng cường công tác tuyên truyền, giáo dục kiến thức về bệnh lý tiền sản giật. Ngành y tế cùng phối hợp với các ban ngành tổ chức những buổi khám sức khỏe sinh sản thường xuyên hơn trong cộng đồng, kịp thời phát hiện

Bảng 5: Mối liên quan giữa các chỉ số xét nghiệm đông máu với thai phụ có tiền sản giật (n = 384)

Đặc điểm các chỉ số xét nghiệm		Có tiền sản giật n (%)	Không có tiền sản giật n (%)	POR (KTC: 95%)	p-value
PT (%)	< 70	3(50,00)	3(50,00)	1	< 0,001
	≥ 70	39(10,3)	339(89,7)	0,24(0,12–0,48)	
APTT (giây)	< 30	19(10,67)	159(89,33)	1	0,852
	30–40	23(11,27)	181(88,73)	1,06(0,59–1,88)	
	> 40	0(0,00)	2(100,00)	-	

Bảng 6: Mối liên quan giữa các chỉ số xét nghiệm sinh hóa với thai phụ có tiền sản giật (n = 384)

Các chỉ số xét nghiệm		Có tiền sản giật n (%)	Không có tiền sản giật n (%)	POR (KTC: 95%)	p-value
Glucose (mg/dL)	< 3,9	0(0,00)	10(100,00)	-	0,526
	3,9–6,4	33(10,75)	274(89,25)	1	
	> 6,5	9(13,43)	58(86,57)	1,25(0,63–2,49)	
Protein niệu	Âm tính	10(3,88)	248(96,12)	1	< 0,001
	Dương tính	32(25,40)	94(74,60)	6,55(3,33–12,91)	
Creatinin (μmol/L)	< 53	0(0,00)	8(100,00)	1	0,009
	53–100	38(10,53)	323(89,47)	2,77(1,28–5,97)	
	> 100	4(26,67)	11(73,33)		
ALT (U/L)	≤ 40U/L	36(9,89)	328(90,11)	1	0,014
	> 40U/L	6(30,00)	14(70,00)	3,03(1,45–6,34)	
AST (U/L)	≤ 37U/L	38(10,53)	323(89,47)	1	0,299
	> 37U/L	4(17,39)	19(82,61)	1,65(0,65–4,23)	

bệnh, hỗ trợ tốt hơn cho công tác điều trị, dự phòng bệnh lí tiền sản giật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Makuyana, Mahomed K, Shukusho FD, Majoko F. Liver and kidney function tests in normal and pre-eclamptic gestation—a comparison with non-gestational reference values. *The Central African Journal of Medicine*. 2002;48(5–6): 55–9.
- [2] American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 202: Gestational Hypertension and Preeclampsia. *Obstetrics & Gynecology*. 2019;133(1): 1–25.
- [3] Ilekis JV, Reddy UM, Roberts JM. Preeclampsia—a pressing problem: an executive summary of a National Institute of Child Health and Human Development workshop. *Reproductive Sciences*. 2007;14(6): 508–23.
- [4] Võ Minh Tiền, Bùi Chí Thương. Kết cục thai kỳ nặng và những yếu tố liên quan đến tiền sản giật nặng tại Bệnh viện Sản – Nhi Trà Vinh. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022;520(1A): 339–343. [Vo Minh Tien, Bui Chi Thuong. Severe pregnancy outcomes and factors related to severe preeclampsia at Tra Vinh Obstetrics and Pediatrics Hospital. *Vietnamese Medical Journal*. 2022;520(1A): 339–343].
- [5] Hà Thanh Tú, Nguyễn Mạnh Huy, Huỳnh Trúc Thanh Ngọc, Nguyễn Thiện Hải. Nghiên cứu điều chế hệ vi tự nhũ chứa atorvastatin. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2016;20(2): 261–269. [Ha Thanh Tu, Nguyen Manh Huy, Huynh Truc Thanh
- [6] Pramank. Serum uric acid level in normal pregnant and preeclamptic ladies: a comparative study. *Nepal Medical College Journal*. 2014;16(1): 30–2.
- [7] Phoneyadeth S, Võ Minh Tuấn, Trần Thị Nhật Vy, Phạm Ngọc Bảo Trân, Nguyễn Quốc Đạt. Nghiên cứu đặc điểm cân nặng sau sinh của trẻ có mẹ bị tiền sản giật tại Bệnh viện Từ Dũ. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022;518(1): 326–330. [Phoneyadeth S, Vo Minh Tuan, Tran Thi Nhat Vy, Pham Ngoc Bao Tran, Nguyen Quoc Dat. Research on postnatal weight characteristics of children born to mothers with preeclampsia at Tu Du Hospital. *Vietnamese Medical Journal*. 2022;518(1): 326–330].
- [8] Nguyễn Hữu Trung, Nguyễn Duy Tài, Võ Minh Tuấn. Tỷ lệ và các yếu tố liên quan đến tiền sản giật ở thai phụ có nguy cơ cao ở tuổi thai 24–28 tuần tại Khoa Phụ sản – Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. *Tạp chí Phụ sản*. 2014;12(4): 18–23. [Nguyen Huu Trung, Nguyen Duy Tai, Vo Minh Tuan. Prevalence and factors related to preeclampsia in high-risk pregnant women at 24–28 weeks' gestation at the Department of Obstetrics and Gynecology - Ho Chi Minh City University of Medicine and Pharmacy Hospital. *Obstetrics and Gynecology Magazine*. 2014;12(4): 18–23]
- [9] Nguyễn Thị Phương Thảo, Nguyễn Tĩnh Bình, Phạm Thị Lệ Hằng, Phạm Thị Thanh Mai, Bùi Thị Thu Trang và Nguyễn Thị Bích Vân. Khảo sát một số yếu

- tổ liên quan đến tăng huyết áp tồn tại ở thai phụ tiền sản giật đã sinh tại Khoa Sản, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Gia Lai. *Tạp chí Phụ sản*. 2017;15(3): 61–65. [Nguyen Thi Phuong Thao, Nguyen Tinh Binh, Pham Thi Le Hang, Pham Thi Thanh Mai, Bui Thi Thu Trang and Nguyen Thi Bich Van. Survey on some factors related to hypertension in pre-eclamptic pregnant women who gave birth at the Obstetrics Department, Gia Lai Provincial General Hospital. *Obstetrics and Gynecology Magazine*. 2017;15(3): 61–65].
- [10] Ye C, Ruan Y, Zou L, Li G, Chen Y, Jia C, et al. The 2011 survey on hypertensive disorders of pregnancy (HDP) in China: prevalence, risk factors, complications, pregnancy and perinatal outcomes. *PLoS One*. 2009; 9(6): 100–180.
- [11] Trương Quang Vinh, Nguyễn Vũ Quốc Huy. Điều trị dự phòng tiền sản giật. *Tạp chí Phụ sản*. 2012;10(3): 42–49. [Truong Quang Vinh, Nguyen Vu Quoc Huy. Prophylactic treatment of preeclampsia. *Obstetrics and Gynecology Magazine*. 2012;10(3): 42–49].
- [12] Namavar JB, Rafiee SH. Coagulation Factors in Severe Preeclampsia. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2009;11(3): 321–324.
- [13] Bành Dương Yến Nhi, Ngũ Quốc Vĩ, Đàm Văn Cường, Chung Cẩm Ngọc. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bước đầu hội chứng HELLP ở thai phụ tiền sản giật tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2020. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2022;51: 148–154. [Banh Duong Yen Nhi, Ngu Quoc Vi, Dam Van Cuong, Chung Cam Ngoc. Research on clinical and paraclinical characteristics and initial treatment results of HELLP syndrome in preeclamptic pregnant women at Can Tho Central General Hospital in 2020. *Can Tho Journal of Medicine and Pharmacy*. 2022;51: 148–154].

