

INVESTIGATION OF COAGULATION PARAMETERS IN ANTEPARTUM WOMEN AT DA NANG OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Vo Thi Hien Nhi, Nguyen Thi Quynh Nga*, Nguyen Nhat Giang

Danang University of Medical Technology and Pharmacy - 99 Hung Vuong, Hai Chau Dist, Danang City, Danang Province, Vietnam

Received: 28/10/2024

Revised: 11/11/2024; Accepted: 25/11/2024

ABSTRACT

Background: Pregnancy causes many endocrine and physiological changes in response to stimuli caused by the fetus and its adnexa. During pregnancy, if you suffer from prenatal coagulation disorder, it can cause death for both mother and fetus. Detecting disorders of blood coagulation indices in the prenatal period helps monitor pregnancy and promptly handle abnormalities, creating conditions for both mother and fetus to develop healthily and safely. Therefore, learning about disorders of coagulation and hemostasis indices in the prenatal period will help clinicians orient treatment during and after surgery.

Methods: Cross-sectional descriptive study design. Collect medical records of 400 patients from October 2023 to February 2024 according to selection criteria (by questionnaire) at Da Nang Women's and Children's Hospital. Analyze data using Excel and SPSS 26.0 software.

Results: The rate of prostatic disorders is 7%, the rate of APTT disorders is 44%, the rate of PT disorders is 6.3% and the rate of fibrinogen disorders is the highest at 81.5%. There is a relationship between hypertension in pregnant women with a decrease of 7%, this difference is statistically significant with $p < 0.05$. There is a relationship between APTT index and BMI of pregnant women, this difference is statistically significant with $p < 0.05$.

Keywords: Blood clotting disorders, pregnant women, platelet, PT, APTT, Fibrinogen.

*Corresponding author

Email: ntqnga@dhktyduocdn.edu.vn **Phone:** (+84) 932465052 **Https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD12.1830**

KHẢO SÁT CÁC CHỈ SỐ ĐÔNG MÁU Ở PHỤ NỮ TRƯỚC SINH TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN - NHI ĐÀ NẴNG

Võ Thị Hiền Nhi, Nguyễn Thị Quỳnh Nga*, Nguyễn Nhật Giang

Trường Đại học Kỹ Thuật Y Dược Đà Nẵng - 99 Hùng Vương, Q. Hải Châu, Tp. Đà Nẵng, Tỉnh Đà Nẵng, Việt Nam

Ngày nhận bài: 28/10/2024

Chỉnh sửa ngày: 11/11/2024; Ngày duyệt đăng: 25/11/2024

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Quá trình mang thai gây ra nhiều biến đổi về nội tiết, sinh lý để đáp ứng với các kích thích do thai và phần phụ của thai gây ra. Khi mang thai, nếu mắc phải bệnh lý rối loạn đông máu trước sinh, có thể gây tử vong cho mẹ lẫn thai nhi. Việc phát hiện sự rối loạn các chỉ số đông máu trong thời kỳ trước sinh giúp cho quá trình theo dõi thai nghén và xử trí bất thường kịp thời, tạo điều kiện cho cả mẹ và thai nhi phát triển khỏe mạnh an toàn. Do đó, tìm hiểu về sự rối loạn các chỉ số đông cầm máu trong thời kỳ trước sinh và giúp các bác sĩ lâm sàng có định hướng xử trí trong và sau phẫu thuật.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang. Tiến hành thu thập hồ sơ bệnh án của 400 người bệnh từ 10/2023 đến 2/2024 theo tiêu chuẩn lựa chọn (bảng phiếu điều tra) tại Bệnh viện Phụ- Sản Nhi Đà Nẵng. Phân tích số liệu bằng excel và phần mềm SPSS 26.0.

Kết quả: Tỷ lệ SLTC có rối loạn chiếm 7%, tỷ lệ có rối loạn APTT chiếm 44%, tỷ lệ có rối loạn PT chiếm 6,3% và tỷ lệ có rối loạn fibrinogen chiếm tỷ lệ cao nhất là 81,5%. Có mối liên quan giữa tình trạng rối loạn SLTC với tăng huyết áp ở phụ nữ mang thai với mức giảm 7%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Có mối liên quan giữa chỉ số APTT và BMI của phụ nữ mang thai, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Từ khóa: Rối loạn đông máu trước sinh, SLTC, PT, APTT, Fibrinogen.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Quá trình mang thai gây ra nhiều biến đổi về nội tiết, sinh lý để đáp ứng với các kích thích do thai và phần phụ của thai gây ra. Các cơ quan nói chung, hệ thống cầm đông máu nói riêng cũng có những thay đổi nhất định để điều hòa sự phát triển của cơ thể người mẹ và thai nhi. Mục đích cuối cùng là để bảo đảm điều kiện thích hợp nhất cho việc mang thai và sinh con an toàn của phụ nữ mang thai. Rối loạn đông máu là tình trạng đông máu nhiều hơn bình thường tăng nguy cơ gây huyết khối hoặc là tình trạng máu không đông, biểu hiện qua chỉ số tiểu cầu thấp hơn chỉ số bình thường. Khi mang thai nếu mắc phải bệnh lý rối loạn đông máu trước sinh sẽ rất khó để cầm máu, có thể gây tử vong cho mẹ lẫn thai nhi cùng với biến chứng nghiêm trọng, đặc biệt là băng huyết sau sinh. Trên toàn cầu, các biến chứng trong thai kỳ là nguyên nhân chính dẫn đến kết quả thai kỳ âm tính; bao gồm cả bệnh tật và tử vong của bà mẹ và thai nhi nếu không được giải quyết kịp thời. Theo phân loại bệnh tật quốc tế của WHO, các biến chứng thai kỳ này bao gồm sảy thai, rối loạn đông máu, rối loạn tăng huyết áp (tiền sản giật và sản giật), nhiễm trùng huyết

liên quan đến thai kỳ mắc phải hoặc di truyền), HIV và các bệnh nhiễm virus liên quan khác [1,2,3]. Vì vậy, các xét nghiệm đông máu có vai trò rất quan trọng cho cuộc sinh nở thành công. Việc phát hiện ra sự rối loạn các chỉ số đông máu giúp cho quá trình theo dõi thai nghén, xử trí bất thường trong thời kỳ mang thai được kịp thời, chính xác tạo điều kiện cho cả mẹ và thai nhi phát triển khỏe mạnh an toàn.

Trên thế giới cũng như ở Việt Nam đã có nhiều tác giả như Han L, et al. (2014) [4], Phan Thị Minh Ngọc (2018) [5], Đinh Thị Thúy Hồng (2020) [6], Nguyễn Gia Vũ (2020) [7] nghiên cứu đặc điểm đông máu ở phụ nữ mang thai. Tuy nhiên, các nghiên cứu nói trên chưa đánh giá rối loạn đông máu ở giai đoạn trước sinh. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài “Khảo sát sự rối loạn các chỉ số đông máu ở phụ nữ trước sinh tại Bệnh viện Phụ Sản - Nhi Đà Nẵng.” nhằm tìm hiểu sự rối loạn các chỉ số đông cầm máu trong thời kỳ trước sinh để giúp các bác sĩ lâm sàng có định hướng xử trí trong và sau phẫu thuật với 2 mục tiêu sau:

*Tác giả liên hệ

Email: ntqnga@dhktyduocdn.edu.vn Điện thoại: (+84) 932465052 <https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD12.1830>

- Xác định tỷ lệ rối loạn các chỉ số đông máu ở phụ nữ trước sinh tại Bệnh viện Phụ sản Nhi - Đà Nẵng.

- Khảo sát các yếu tố liên quan đến sự rối loạn các chỉ số đông máu ở phụ nữ trước sinh tại Bệnh viện Phụ Sản - Nhi Đà Nẵng.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Phụ nữ mang thai đến khám và được quản lý thai tại bệnh viện Phụ Sản- Nhi Đà Nẵng thời gian từ 01/10/2323 đến ngày 01/02/2024.

- Tiêu chuẩn chọn lựa: Phụ nữ mang thai được chỉ định làm các xét nghiệm: đếm SLTC, thời gian PT, thời gian APTT, nồng độ Fibrinogen.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Phụ nữ mang thai: dưới 18 tuổi, những phụ nữ có các bệnh lý liên quan đến rối loạn đông cầm máu bẩm sinh, phụ nữ mang thai đang điều trị các thuốc ảnh hưởng đến quá trình đông máu và không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

$$n = Z^2 \frac{p(1 - p)}{d^2}$$

Với p là tỷ lệ phụ nữ mang thai có rối loạn các chỉ số đông máu (p=0,318 theo nghiên cứu của Phan Thị Minh Ngọc 2018).

Từ đó, tính được n= 333,3. Như vậy, cỡ mẫu tối thiểu cho nghiên cứu của chúng tôi là 333 phụ nữ mang thai. Trong nghiên cứu này, chúng tôi thu thập số liệu là 400 mẫu.

- Phương pháp chọn mẫu: Hồi cứu hồ sơ bệnh án của phụ nữ mang thai đến khám và quản lý thai tại Bệnh viện Phụ- Sản Nhi Đà Nẵng. Chọn tất cả các hồ sơ bệnh án đáp ứng tiêu chuẩn.

- Phương pháp thu thập thông tin được thực hiện như sau:

+ Tuyển chọn đối tượng nghiên cứu (dựa theo kết quả của bệnh án): Phụ nữ mang thai thoả mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

+ Thu thập thông tin người bệnh: Tuổi, giới, BMI, tiền sử bệnh lý đi kèm, kết quả xét nghiệm SLTC, thời gian APTT, thời gian PT, nồng độ fibrinogen tại thời điểm trước sinh.

+ Xử lý số liệu, viết báo cáo

2.3. Xử lý số liệu

Số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 26.0.

+ Tính tỷ lệ phần trăm với các biến định tính (%).

+ Sự liên quan giữa các biến phụ thuộc và các biến độc

lập được thực hiện bằng phép kiểm chi bình phương. Kết quả đạt được có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

+ Hệ số tương quan Pearson (r) có giá trị giao động trong khoảng liên tục từ -1 đến +1.

2.4. Vấn đề y đức

Đề tài đã được Hội đồng Y đức Trường Đại học Kỹ thuật Y – Dược Đà Nẵng theo biên bản số 111/CT - HĐĐĐ và đồng ý và thông qua, Hội đồng Y đức Bệnh viện Phụ sản Nhi - Đà Nẵng theo biên bản số 79 /BVPSNĐN- CĐT đồng ý cho phép thu thập số liệu.

Mọi thông tin về người bệnh đều được mã hóa và giữ bí mật, chỉ được phân tích tổng hợp phục vụ cho mục tiêu nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của phụ nữ mang thai

Bảng 1. Một số đặc điểm của phụ nữ mang thai trong nhóm nghiên cứu

Đặc điểm chung		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi PNMT	18-25	69	17,3
	26-30	156	39
	31-35	104	26
	36-40	55	13,8
	Trên 40	16	3,9
	Tuổi trung bình	30,28± 5,414	
	Tổng	400	100
Chỉ số BMI	Gầy	16	4
	Bình thường	169	42,3
	Thừa cân- béo phì	215	53,7
	Tổng	400	100
Số lần mang thai	Lần 1	154	38,5
	≥ 2 lần	246	61,5
	Tổng	400	100
Tiền sử thai nghén	Đẻ non	25	6,3
	Tăng huyết áp	13	3,3
	Sảy thai	95	23,8
	Chưa phát hiện ra tiền sử bệnh lý	267	66,6
	Tổng	400	100

Nhận xét: Trong 400 phụ nữ mang thai, số người có độ tuổi từ 18-25 chiếm 17,3% , độ tuổi 26-30 tuổi chiếm 39% , độ tuổi 31- 35 tuổi chiếm 26% , độ tuổi 36- 40 tuổi chiếm 13,8% và cuối cùng chiếm tỷ lệ thấp nhất 3,9% là ở đối tượng trên 40 tuổi. Độ tuổi trung bình của nghiên cứu từ 30,28± 5,414.

Tỷ lệ phụ nữ mang thai có chỉ số BMI là thừa cân- béo phì cao nhất 53,7% , thấp nhất ở đối tượng gầy chiếm tỷ lệ 4%.

Tỷ lệ số lần mang thai ở ≥ 2 lần cao hơn nhiều so với mang thai lần 1 với tỷ lệ 61,5% và 38,5%.

Tiền sử thai nghén của 400 phụ nữ mang thai với tỷ lệ thường gặp nhất là sảy thai với 23,8% , đẻ non chiếm 6,3% và tăng huyết áp chiếm 3,3%.

3.2. Tỷ lệ rối loạn các chỉ số đông máu ở phụ nữ trước sinh

Bảng 2. Tỷ lệ rối loạn các chỉ số đông máu ở phụ nữ trước sinh

Chỉ số đông máu	Có rối loạn		Bình thường		Tổng	
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
SLTC	28	7	372	93	400	100
APTT	176	44	224	56	400	100
PT	25	6,3	375	93,7	400	100
Fibrinogen	326	81,5	74	18,5	400	100

Nhận xét: Tỷ lệ SLTC có rối loạn chiếm 7%, tỷ lệ có rối loạn APTT chiếm 44%, tỷ lệ có rối loạn PT chiếm 6,3% và tỷ lệ có rối loạn fibrinogen chiếm tỷ lệ cao nhất là 81,5%.

3.3. Các yếu tố liên quan đến sự rối loạn các chỉ số đông máu ở phụ nữ trước sinh

3.3.1. Các yếu tố liên quan đến tình trạng rối loạn SLTC

Bảng 3. Mối liên quan giữa tình trạng rối loạn SLTC với tiền sử thai nghén

Tiền sử thai nghén	Tình trạng rối loạn SLTC				p
	Có		Không		
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	
Tăng huyết áp					
Có	2	7,1	10	2,7	p < 0,05
Không	25	92,9	362	97,3	
Tổng	28	100	372	100	

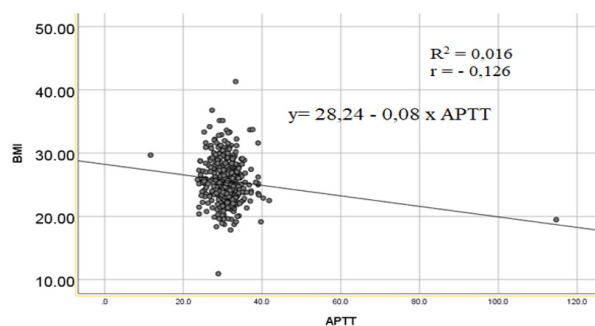
Nhận xét: Kết quả bảng 3.3.1 cho thấy có mối liên quan giữa tình trạng rối loạn SLTC với với PNMT có tiền sử tăng huyết áp và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

3.3.2. Các yếu tố liên quan đến tình trạng rối loạn APTT

Bảng 4. Mối liên quan giữa tình trạng rối loạn thời gian APTT với chỉ số BMI

Chỉ số BMI	Tình trạng rối loạn thời gian APTT				p
	Có		Không		
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	
Gầy	12	6,8	4	1,8	p < 0,05
Bình thường	76	43,2	93	41,5	
Thừa cân- béo phì	88	50	127	56,7	
Tổng	176	100	224	100	

Nhận xét: Kết quả bảng 3.3.2.1 cho thấy có mối liên quan giữa tình trạng rối loạn thời gian APTT với chỉ số BMI, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.



Biểu đồ 1. Phương trình tuyến tính giữa chỉ số BMI và thời gian APTT

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy giữa 2 đại lượng này có sự tương quan nghịch với nhau thể hiện qua phương trình như sau:

$$BMI = 28,24 - 0,08 \times APTT$$

Phương trình này có ý nghĩa thống kê với p < 0,05 và r là - 0,126.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của phụ nữ mang thai

Trong tổng số 400 PNMT đến khám tại Bệnh viện Phụ-Sản Nhi từ tháng 10/2023 đến tháng 02/2024. Theo bảng 3.1 ta thấy:

Đối tượng nghiên cứu có độ tuổi từ 18-25 chiếm 17,3% , độ tuổi 26-30 chiếm 39% , độ tuổi 31- 35 chiếm 26% , độ tuổi 36- 40 chiếm 13,8% và cuối cùng chiếm tỷ lệ thấp nhất 3,9% là ở đối tượng trên 40 tuổi. Độ tuổi trung bình của nghiên cứu từ 30,28± 5,414. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Bùi

Son Thắng (2012-2022), tỷ lệ phụ nữ có thai đa phần trong độ tuổi từ 26 – 30 tuổi với 37,09%, độ tuổi 20-25 chiếm 7,92%, độ tuổi 31-35 chiếm 34,27%, độ tuổi 36-40 chiếm 12,68% và độ tuổi trên 40 chiếm tỷ lệ thấp nhất là 7,98% [8]. Điều này hoàn toàn phù hợp bởi độ tuổi từ 18– 30 tuổi là độ tuổi vàng trong xây dựng và kế hoạch hóa gia đình, đây là độ tuổi phù hợp để mang thai của phụ nữ, hạn chế các rủi ro, biến chứng thường gặp trong thai kỳ như mang thai ngoài tử cung, tiền sản giật, nguy cơ thai chết lưu và dọa sảy thai.

Tỷ lệ phụ nữ mang thai có chỉ số BMI là thừa cân- béo phì chiếm tỷ lệ 53,7% cao hơn so với bình thường và gây lần lượt là 42,3%, 4%. Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Ozdilek R (2019) về tỷ lệ phụ nữ mang thai thừa cân- béo phì theo chỉ số BMI trước khi mang thai là 51,3% [9]. Kết quả này ta thấy được nền kinh tế đang ngày càng phát triển thì những người phụ nữ mang thai cũng được quan tâm, chăm sóc tốt hơn nên dễ xảy ra tình trạng tăng cân quá mức dẫn đến tỷ lệ chỉ số BMI thừa cân- béo phì tăng cao.

Tỷ lệ số lần mang thai ≥ 2 lần cao hơn so với lần 1 tương ứng là 61,5% và 38,5%. Kết quả này có sự tương đồng với nghiên cứu của Hồ Thu Thủy và cộng sự (2023) số thai phụ mang thai lần đầu chiếm tỷ lệ 44,1% thấp hơn số thai phụ mang thai ≥ 2 lần chiếm tỷ lệ 55,9% [10]. Và cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thanh Hiền (2016) [11], số thai phụ mang thai lần đầu và số thai phụ mang thai ≥ 2 lần chiếm tỷ lệ lần lượt là 40,9% và 59,1%. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Fentaw Girmaw (2023) tỷ lệ số lần mang thai lần 1 chiếm 27% và tỷ lệ mang thai ≥ 2 lần chiếm tỷ lệ 73% [12].

Nghiên cứu về tiền sử thai nghén, chúng tôi ghi nhận sảy thai chiếm tỷ lệ 23,8% cao hơn đẻ non chiếm 6,3% và tăng huyết áp chiếm 3,3%. Tỷ lệ này có sự tương đồng với nghiên cứu nhóm tác giả Hồ Thu Thủy (2023) [10], tỷ lệ sảy thai chiếm 26,1%. Tuy nhiên, kết quả của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Trương Kim Thuyên (2012) về tỷ lệ đẻ non ở Bệnh viện An Giang năm 2011 là 12,9% và sáu tháng đầu năm 2012 chiếm 15,3% [12].

4.2. Tỷ lệ rối loạn các chỉ số đông máu ở phụ nữ trước sinh

Từ bảng 3.2.1 trong tổng số 400 PNMT đến khám tại Bệnh viện Phụ- Sản Nhi từ tháng 10/2023 đến tháng 2/2024, tỷ lệ có rối loạn fibrinogen cao nhất chiếm 81,5%, rối loạn APTT chiếm 44%, có rối loạn SLTC chiếm 7% và rối loạn PT chiếm 6,3%. Điều này khá phù hợp với nghiên cứu của Trần Thị Kiều My (2022) [13] tỷ lệ rối loạn fibrinogen cao chiếm 66,7%. Theo lý giải trong nghiên cứu của Phan Thị Minh Ngọc sự tăng nồng độ fibrinogen rất có ý nghĩa vì nếu nồng độ fibrinogen huyết tương $<2g/l$ thì nút tiểu cầu không bền vững, khả năng cầm máu sẽ giảm. Nồng độ fibrinogen huyết tương tăng cao hơn bình thường ở phụ nữ mang thai sẽ giúp bảo vệ cơ thể, phòng tránh nguy cơ chảy

máu khi sinh nở [5].

Tỷ lệ giảm SLTC chiếm 7%. Kết quả này có sự tương đồng với nghiên cứu của Phan Thị Minh Ngọc (2018) về phụ nữ mang thai có giảm tiểu cầu chiếm 4,8% [5]. Giảm SLTC ở phụ nữ mang thai cũng được ghi nhận trong nghiên cứu của Trần Thị Kiều My (2022) chiếm 16,7% [13] và Nguyễn Gia Vũ (2020) [7]. Theo Burrows RF (1993) lý giải giảm tiểu cầu là một dấu hiệu thường gặp ở 6-10% phụ nữ mang thai. Giảm tiểu cầu thai kỳ có thể do nhiều nguyên nhân, trong đó chủ yếu là do tăng tiêu thụ tiểu cầu chiếm từ 75-80% [14].

Tỷ lệ tăng thời gian PT chiếm 6,3% và rối loạn thời gian APTT chiếm 44% trong nghiên cứu của chúng tôi. So sánh với nghiên cứu của Hoàng Thị Hương Huyền (2010) cho thấy hoạt tính các yếu tố đông máu có nhiều sự thay đổi: 7,9% giảm SLTC; 5,4% tăng PT; 0,85% rút ngắn APTT; 83% tăng fibrinogen [15]. Tỷ lệ thời gian APTT giảm chiếm 37% có sự tương đồng với nghiên cứu của Singh S và cộng sự (2016) chứng minh rằng có một tỷ lệ phổ biến cao PT rút ngắn 22,5% và APTT 37,6% trong thai kỳ [16]. Lý do thời gian PT tăng được giải thích bởi tác giả Patrick Thornton (2010) do sự thiếu hụt của một số dinh dưỡng hoặc bệnh gan sẽ làm giảm các yếu tố II, V, VII, X và fibrinogen [17]. Thời gian APTT rút ngắn được tác giả Jing Dai (2023), là giảm yếu tố duy nhất giảm trong thai kỳ: XI dẫn đến APTT có thể rút ngắn trong thời kỳ tam cá nguyệt và tuổi tuần thai tăng lên [18]. 4.3. Các yếu tố liên quan đến sự rối loạn các chỉ số đông máu ở phụ nữ trước sinh

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có mối liên quan giữa sự rối loạn chỉ số thời gian APTT với chỉ số BMI, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Từ kết quả biểu đồ 3.3.2 cho thấy có sự tương quan nghịch giữa chỉ số BMI và thời gian APTT với $r = - 0,126$. Kết quả này có thể tương đồng với tác giả Lisonkova S và cộng sự (2017) rằng phụ nữ thừa cân- béo phì có tỷ lệ mắc bệnh huyết khối, bệnh lý mạch máu não, nhiễm trùng huyết, suy thận cấp và biến chứng của can thiệp sản khoa cao hơn đáng kể [19].

5. KẾT LUẬN

1. Tỷ lệ rối loạn các chỉ số đông máu ở phụ nữ trước sinh tại Bệnh viện Phụ Sản Nhi - Đà Nẵng

- Tỷ lệ SLTC có rối loạn chiếm 7%, tỷ lệ có rối loạn APTT chiếm 44%, tỷ lệ có rối loạn PT chiếm 6,3% và tỷ lệ có rối loạn fibrinogen chiếm tỷ lệ cao nhất là 81,5%.

2. Các yếu tố liên quan đến sự rối loạn các chỉ số đông máu ở phụ nữ trước sinh tại Bệnh viện Phụ Sản - Nhi Đà Nẵng

Có mối liên quan giữa giảm SLTC và tăng huyết áp ở phụ nữ mang thai với mức giảm 7%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Có mối liên quan giữa chỉ số APTT và BMI của phụ

nữ mang thai thể hiện qua sự tương quan nghịch giữa hai đại lượng trên với nhau qua phương trình như sau: BMI = 28,24 - 0,08 x APTT (Phương trình này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ và r là - 0,126.)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] [Updated November, 2017]; World Health Organisation. Maternal Mortality. Media centre; Factsheet. 2016
- [2] World Health Organisation. International Classification of Diseases and Related Health Problems. Geneva: World Health Organization Meeting; 1992.
- [3] Lale S, Doris C, Alison G, Özge T, Ann-Beth M, Jane D, et al. Global causes of maternal death: A WHO systematic analysis. *Lancet Global Health*. 2014;2:e323–33.
- [4] Han L, Liu X, Li H, Zou J, Yang Z, Han J, et al. (2014) Blood Coagulation Parameters and Platelet Indices: Changes in Normal and Pre-eclamptic Pregnancies and Predictive Values for Preeclampsia.
- [5] Phan Thị Minh Ngọc (2018) Nghiên cứu một số chỉ số đông máu của thai phụ, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
- [6] Đinh Thị Thúy Hồng (2020) Nghiên cứu một số chỉ số đông cầm máu trên bệnh nhân và sản phụ được phẫu thuật tại Bệnh Viện Phụ Sản Trung Ương, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Trường Đại học Y Hà Nội.
- [7] Nguyễn Gia Vũ (2020). “Nghiên cứu Thay đổi của một số chỉ số cầm đông máu ở phụ nữ Mang Thai”. *Journal of 108 - Clinical Medicine and Pharmacy*, Vol 15, số p.h DB11, Tháng Mười-Một, <https://tcydl108.benhvien108.vn/index.php/YDLS/article/view/1510>.
- [8] Bùi Sơn Thắng và cộng sự (2023) "Kết quả xử trí sản khoa của sản phụ đái tháo đường thai kỳ tại Bệnh viện sản nhi Nghệ An năm 2021-2022." *Tạp chí Y học Việt Nam* 522(1).
- [9] Ozdilek R, Aba YA, Aksoy SD, Sik BA, Akpak YK (2019). The relationship between body mass index before pregnancy and the amount of weight that should be gained during pregnancy: A cross-sectional study. *Pak J Med Sci*. 2019 Sep-Oct;35(5):1204-1209. doi: 10.12669/pjms.35.5.133. PMID: 31488979; PMCID: PMC6717442.
- [10] Hồ Thu Thủy và cộng sự (2023) "Tình trạng dinh dưỡng của phụ nữ có thai đến khám tại Bệnh Viện Phụ Sản Hà Nội." *Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm* 19.4+ 5 (2023): 30-38.
- [11] Nguyễn Thanh Hiền và cộng sự (2017). "Nghiên cứu tỷ lệ, một số yếu tố liên quan và kết quả kết thúc thai kỳ ở các sản phụ song thai." *Tạp chí Phụ sản* 14.4 (2017): 28-34.
- [12] Trương Kim Thuyên, N.T.Khôi, T.T.N.Hoa (2012), Các yếu tố nguy cơ gây sinh non tại khoa Sản Bệnh Viện An Giang. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*, (48), 192-204.
- [13] Trần Thị Kiều My (2022). "Đặc điểm một số chỉ số đông cầm máu ở thai phụ lupus tại Bệnh viện Bạch Mai." *Tạp chí Y học Việt Nam* 520.1A.
- [14] Burrows RF, Kelton JG (1993). Fetal thrombocytopenia and its relation to maternal thrombocytopenia. *N Engl J Med* 329(1463),e6.
- [15] Hoàng Hương Huyền (2010) Nghiên cứu tình trạng đông cầm máu ở phụ nữ có thai 3 tháng cuối. Luận văn Thạc sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội.
- [16] Singh S, Rishi B, Sharma S (2016). Shortened coagulation profile in pregnancy: Comparative analysis in different trimesters retrospective study from a tertiary care center. *Eur J Pharm Med Res* 2016;3:548-51.
- [17] Thornton Patrick, and Joanne Douglas (2010). "Coagulation in pregnancy." *Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology* 24.3 (2010): 339-352.
- [18] Jing Dai, P. Mao, C. Pu, et al (2023). Trimester-specific reference intervals and profile of coagulation parameters for Chinese pregnant women with diverse demographics and obstetric history: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth* 23, 421 (2023). <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05571-z>.
- [19] Lisonkova S, Muraca GM, Potts J, Liauw J, Chan WS, Skoll A, Lim KI (2017). Association Between Prepregnancy Body Mass Index and Severe Maternal Morbidity. *JAMA*. 2017 Nov 14;318(18):1777-1786. doi: 10.1001/jama.2017.16191. PMID: 29136442; PMCID: PMC5820710.