

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF PREGNANT WOMEN WITH PREECLAMPSIA AT THAI NGUYEN CENTRAL HOSPITAL

Nguyen Phuong Thao¹, Dao Thi Hoa², Nguyen Thi Ngoc Ha¹, Nguyen Thi Mo¹

¹Thai Nguyen University of Medicine and Pharmacy - 284 Luong Ngoc Quyen Street, Phan Dinh Phung Ward, Thai Nguyen Province, Vietnam

²Central Obstetrics and Gynecology Hospital - No. 1 Trieu Quoc Dat Street, Cua Nam Ward, Hanoi City, Vietnam

Received: 10/11/2025

Revised: 10/12/2025; Accepted: 28/03/2026

ABSTRACT

Objective: Describe the clinical and paraclinical characteristics of pregnant women with preeclampsia at Thai Nguyen Central Hospital from January 1, 2022 to December 31, 2024.

Subjects and research methods: Cross-sectional, retrospective descriptive research method on 96 patients with medical records diagnosed with preeclampsia who were treated and delivered at Thai Nguyen Central Hospital from January 1, 2022 to December 31, 2024.

Results: Cross-sectional study describing clinical and paraclinical characteristics of 96 pregnant women diagnosed with preeclampsia at Thai Nguyen Central Hospital from January 1, 2022 to December 31, 2024. The results showed that the average age of pregnant women was 30.67 ± 6.7 , the group of pregnant women aged 20-34 years old accounted for the majority (66.7%). Among the study, 53.1% of patients were diagnosed with severe preeclampsia. Edema was the most common clinical symptom (85.4%). Headache accounted for 45.8%, there were 2 cases of visual disturbances and 3 cases of epigastric-right hypochondriac pain. There were 37.5% of cases with grade 2 hypertension and 36.5% of cases with grade 3 hypertension. Most cases had proteinuria of 500 - 1000 mg/dl. The rates of thrombocytopenia, increased liver enzymes, and increased blood creatinine were 16.7%, 10.4%, and 7.3%, respectively. The difference in testing between the preeclampsia and severe preeclampsia groups was statistically significant ($p < 0.05$).

Conclusion: Severe preeclampsia accounted for a fairly high rate.

Keywords: Preeclampsia, clinical characteristics, laboratory findings, severity, Vietnam.

*Corresponding author

Email: bsnpthao7998@gmail.com Phone: (+84) 976936992 <https://doi.org/10.52163/yhc.v67iCD3.4701>

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA THAI PHỤ TIỀN SẢN GIẬT TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Nguyễn Phương Thảo¹, Đào Thị Hoa², Nguyễn Thị Ngọc Hà¹, Nguyễn Thị Mơ¹

¹Trường Đại học Y Dược - Đại học Thái Nguyên - 284 Đường Lương Ngọc Quyến, Phường Phan Đình Phùng, Tỉnh Thái Nguyên, Việt Nam

²Bệnh viện Phụ sản Trung ương - Số 1 Triệu Quốc Đạt, phường Cửa Nam, thành phố Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 10/11/2025

Ngày chỉnh sửa: 10/12/2025; Ngày duyệt đăng: 28/03/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của thai phụ tiền sản giật tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ 01/01/2022 đến 31/12/2024.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang, trên 96 bệnh nhân có hồ sơ bệnh án được chẩn đoán là tiền sản giật được điều trị và sinh tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ 01/01/2022 đến 31/12/2024.

Kết quả: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trên 96 thai phụ được chẩn đoán tiền sản giật tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ 01/01/2022 đến 31/12/2024. Kết quả ghi nhận tuổi trung bình của thai phụ là $30,67 \pm 6,7$, nhóm sản phụ 20- 34 tuổi chiếm đa số (66,7%). Trong số nghiên cứu có 53,1% bệnh nhân được chẩn đoán tiền sản giật nặng, Phù là triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất (85,4%). Triệu chứng đau đầu chiếm 45,8%, có 2 trường hợp rối loạn thị giác và 3 trường hợp đau thượng vị-hạ sườn phải. Có 37,5% trường hợp tăng huyết áp (THA) mức độ 2 và 36,5% trường hợp THA mức độ 3. Đa số trường hợp có protein niệu là 500 - 1000mg/dl. Tỷ lệ giảm tiểu cầu, tăng men gan, tăng creatinin máu lần lượt là 16,7%, 10,4%, 7,3%. Sự khác biệt xét nghiệm giữa nhóm TSG và TSG nặng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Kết luận: Tiền sản giật nặng chiếm tỷ lệ cao.

Từ khóa: Tiền sản giật, đặc điểm lâm sàng, kết quả xét nghiệm, mức độ nghiêm trọng, Việt Nam.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiền sản giật là một hội chứng rối loạn chức năng nhiều cơ quan liên quan đến thai nghén đặc trưng với sự xuất hiện triệu chứng tăng huyết áp và protein niệu hoặc các triệu chứng lâm sàng liên quan đến tổn thương nhiều cơ quan do ảnh hưởng của tiền sản giật, thường xảy ra từ tuần thứ 20 của thai kỳ. Theo WHO, tiền sản giật chiếm 2-10 % thai phụ trên toàn thế giới¹. Bệnh lý này có thể gây nên nhiều biến chứng nguy hiểm đến sức khỏe và tính mạng của thai phụ và trẻ sơ sinh, đối với thai phụ các biến chứng có thể gặp như: rau bong non, sản giật, hội chứng HELLP, suy gan, suy thận, phù phổi cấp, tử vong mẹ đồng thời cũng gây nhiều biến chứng cho thai nhi như: thai chết lưu, thai chậm phát triển trong tử cung(thai CPTTC), đẻ non và tử vong chu sinh. Tuy nhiên, nếu bệnh được phát hiện sớm, quản lý thai kỳ chặt chẽ và điều trị tích cực có thể phòng được những biến chứng nặng nề cho cả mẹ và con. Việc điều trị bệnh nhân tiền sản giật phụ thuộc vào nhiều yếu tố như: tuổi thai phát hiện bệnh, mức độ nặng của bệnh, tình trạng diễn biến của bệnh khi điều trị, tình trạng của thai,... Hằng năm, tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên đã tiếp nhận và điều trị rất nhiều thai phụ được chẩn đoán là tiền sản giật với bệnh cảnh đa dạng và có không ít biến

chứng cho cả mẹ và con. Cùng với đó gần đây có ít nghiên cứu đánh giá về kết quả điều trị bệnh nhân tiền sản giật tại bệnh viện. Do vậy, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài này với mục tiêu: “Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của thai phụ tiền sản giật tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ 01/01/2022 đến 31/12/2024”.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả hồi cứu cắt ngang

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: từ 01/01/2022 đến 31/12/2024

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

2.3.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Thai phụ được chẩn đoán xác định là tiền sản giật.

- Thai phụ có tuổi thai ≥ 32 tuần

- Được điều trị và sinh tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

*Tác giả liên hệ

Email: bsnpthao7998@gmail.com Điện thoại: (+84) 976936992 <https://doi.org/10.52163/yhc.v67iCD3.4701>

- Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin nghiên cứu.

2.3.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Thai phụ tiền sản giật không sinh tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu

- *Cỡ mẫu*: Cỡ mẫu toàn bộ, có chủ đích.

- *Kỹ thuật chọn mẫu*: chọn tất cả các thai phụ được chẩn đoán là TSG sinh tại BVTWTN trong thời gian nghiên cứu.

2.5. Biến số

- Tiền sản giật được định nghĩa là khi HATT ≥ 140 mmHg và/hoặc HATTr ≥ 90 mmHg kèm theo protein niệu ≥ 0,3 g/24 giờ hoặc protein niệu 1+ (mẫu thử ngẫu nhiên), xuất hiện sau tuần 20 của thai kỳ².

- Tiền sản giật nặng được định nghĩa là khi:

+ HATT ≥ 160 mmHg và/hoặc HATTr ≥ 110 mmHg

+ Giảm tiểu cầu dưới 150 G/l

+ Rối loạn chức năng gan: Các men gan tăng ít nhất gấp 2 lần ngưỡng trên giới hạn bình thường

+ Rối loạn chức năng thận: Nồng độ creatinin huyết thanh > 97,2 μmol/l sau khi loại trừ các bệnh lý thận khác.

+ Phù phổi cấp

+ Đau đầu không đáp ứng với thuốc giảm đau, sau khi loại trừ các chẩn đoán khác

+ Các thay đổi thị giác

+ Rối loạn tuần hoàn tử cung- rau thai: rau bong non, mất cân bằng yếu tố tạo mạch, thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung, sóng Doppler động mạch rốn bất thường hoặc thai chết trong tử cung².

2.6. Thu thập số liệu

- Các số liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án lưu trữ tại phòng Kế hoạch tổng hợp của Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên (từ 01/01/2022 đến hết 31/12/2024).

- Lập phiếu điều tra, thu thập các thông tin theo yêu cầu

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

- Số liệu được xử lý và phân tích bằng chương trình thống kê y học SPSS Statistics 25.

- Kết quả có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95% (p < 0,05) và được trình bày dưới dạng các bảng, tỉ lệ %.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được chấp thuận bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên (số 1309/QĐ-BV ngày 16 tháng 7 năm 2025). Mọi thông tin liên quan đến bệnh nhân được giữ bí mật. Kết quả nghiên cứu chỉ phục vụ mục tiêu nghiên cứu khoa học.

2.9. Hạn chế nghiên cứu

Nghiên cứu có hạn chế vì là nghiên cứu hồi cứu, chưa bao gồm các trường hợp tiền sản giật khởi phát sớm trước 32 tuần vì đa số các trường hợp TSG dưới 32 tuần được chuyển lên tuyến trên. Do đó chưa phản ánh đầy đủ toàn bộ mô hình bệnh tại địa phương.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng (n=96)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	≤19	3	3,1
	20- 34	64	66,7
	≥ 35	29	30,2
Nghề nghiệp	Công viên chức	23	24,0
	Công nhân	34	35,4
	Nông dân	20	20,8
	Loại khác	19	19,8
Nơi sống	Thành phố	55	57,3
	Nông thôn	41	42,7
Dân tộc	Kinh	64	66,7
	Khác	32	33,3
Số lần sinh	Con lần đầu	44	45,8
	Con lần 2	27	28,1
	Con lần 3	25	26,1

Tỷ lệ nhóm bệnh nhân từ 20 – 34 tuổi chiếm 66,7%. Độ tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là 30,67 ± 6,7 tuổi. Nhóm đối tượng nghiên cứu có nghề nghiệp chiếm đa số là công nhân, chiếm 35,4%.

Bảng 2. Đặc điểm về tiền sử của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng (n=96)	Tỷ lệ (%)
Tiền sử sản khoa	TSG/SG	4	4,2
	Thai lưu	8	8,3
	Thai CPTTTC	7	7,3
Tiền sử nội khoa	Tăng huyết áp	8	8,3
	Đái tháo đường	11	8,3
	Bệnh thận	4	4,2
	Bệnh tự miễn	2	2,1

Trong 96 bệnh nhân nghiên cứu, có 4 bệnh nhân có tiền sử TSG/SG chiếm 4,2%, có 8 bệnh nhân có tiền sử thai lưu chiếm 8,3%. Bệnh đái tháo đường chiếm 8,3%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 3. Tuổi thai lúc vào viện với phân loại TSG

Tuổi thai	TSG		TSG nặng		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
32 – 34 tuần	7	29,2	17	70,8	24	100	0,054
35 – 36 tuần	12	42,9	16	57,1	28	100	
≥ 37 tuần	26	59,1	18	40,9	44	100	
Tổng	45	46,9	51	53,1	96	100	

Trong số bệnh nhân nghiên cứu có 53,1 % bệnh nhân thuộc nhóm tiền sản giật nặng. Đa số bệnh nhân vào viện có tuổi thai từ 37 tuần, có 24 bệnh nhân vào viện ở tuổi thai 32-34 tuần trong đó có 17 trường hợp là TSG nặng.

Bảng 4: Các triệu chứng cơ năng tiền sản giật

Triệu chứng		Số lượng (n=96)	Tỷ lệ (%)
Đau đầu	Có	44	45,8
	Không	52	54,2
Phù	Có	82	85,4
	Không	14	14,6
RL tri giác, thị giác	Có	2	2,1
	Không	94	97,9
Đau thượng vị- hạ sườn phải	Có	3	3,1
	Không	93	96,9
Triệu chứng khác (mệt mỏi, khó thở..)	Có	5	5,2
	Không	91	94,8

Bệnh nhân nghiên cứu có triệu chứng đau đầu chiếm 45,8%, đa số bệnh nhân đều có triệu chứng phù chiếm 85,4%.

Bảng 5: Mức độ tăng huyết áp lúc vào viện và phân loại TSG

Mức độ	TSG		TSG nặng		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
THA độ 1	19	42,2	6	11,8	25	26,0	<0,001
THA độ 2	26	57,8	10	19,6	36	37,5	
THA độ 3	0	0	35	68,6	35	36,5	
Tổng	45	100	51	100	96	100	

Toàn bộ bệnh nhân nghiên cứu đều có THA. Đa số bệnh nhân vào viện trong tình trạng THA độ 2 và độ 3 (37,5% và 36,5%).

Bảng 6: Triệu chứng cận lâm sàng và phân loại TSG

Cận lâm sàng		TSG		TSG nặng		Tổng		p
		n	%	n	%	n	%	
Protein niệu	< 500 mg/dl	22	48,9	0	0	22	22,9	<0,001
	500 – 1000 mg/dl	18	40,0	32	62,7	50	52,1	
	≥ 1000 mg/dl	5	11,1	19	37,3	24	25,0	
PLT	< 150 G/L	0	0	16	31,4	16	16,7	<0,001
	≥150 G/L	45	100	35	68,6	80	83,3	
Creatinin	<97,2 μmol/L	45	100	43	84,3	88	91,7	0,006
	≥97,2 μmol/L	0	0	8	15,7	8	8,3	
AST	<70 U/L	45	100	41	80,4	86	89,6	0,001
	≥70 U/L	0	0	10	19,6	10	10,4	
ALT	<70 U/L	45	100	42	82,4	87	90,6	0,001
	≥70 U/L	0	0	9	17,6	9	9,4	
Acid uric	< 360 μmol/L	24	53,3	15	29,4	39	40,6	0,017
	≥ 360 μmol/L	21	46,7	36	70,6	57	59,4	
LDH	< 250 U/L	37	82,2	28	54,9	65	67,7	0,004
	≥ 250 U/L	8	17,8	23	45,1	31	32,3	

Cận lâm sàng		TSG		TSG nặng		Tổng		p
		n	%	n	%	n	%	
Siêu âm	<1500g	2	22,2	7	77,8	9	100	0,006
	1500-2500g	10	30,3	23	69,7	33	100	
	>2500g	33	61,1	21	38,9	54	100	

Đa phần bệnh nhân nghiên cứu có protein trong nước tiểu với lượng 500-1000 mg/dl với 50 trường hợp, chiếm 52,1%. Tỷ lệ giảm tiểu cầu < 150 G/l là 16,7%. Tỷ lệ tăng men gan ≥ 2 lần bình thường là 10,4% và 9,4%. Trọng lượng trẻ trên siêu âm <1500g chủ yếu ở nhóm TSG nặng chiếm 77,8%.

4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm thai phụ được chẩn đoán tiền sản giật ở lứa tuổi từ 20 – 34 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 66,7%, nhóm thai phụ dưới 20 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất 3,1%. Có thể lý giải do lứa tuổi từ 20 – 34 là độ tuổi phù hợp cả về sinh lý và xã hội cho việc sinh đẻ. Tỷ lệ này tương đương với nghiên cứu của Đỗ Tùng Đắc nhóm tuổi thai phụ từ 20 – 34 tuổi là 66,8%³. Độ tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là 30,67 ± 6,7 tuổi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Đặng Công Việt⁴, của Đỗ Tùng Đắc³ đều kết luận rằng độ tuổi trung bình của thai phụ tiền sản giật khoảng 30 tuổi.

Về nơi cư trú, thành phố nhiều hơn nông thôn, điều này lý giải do nghiên cứu tiến hành tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên nằm tại trung tâm thành phố, nơi có nhiều người dân thành phố sinh sống, nhiều người là cán bộ, công nhân. Đây là nhóm đối tượng quan tâm nhiều tới sức khỏe của mẹ và thai, có kiến thức và điều kiện chăm sóc sức khỏe, nên ngay khi có biểu hiện của tiền sản giật đã đến khám và điều trị.

Bên cạnh đó, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 45,8% thai phụ mắc TSG mang thai lần đầu. Nhiều tài liệu chỉ ra thai phụ con so có nguy cơ mắc TSG cao hơn 2,4 lần so với thai phụ con rạ, được giải thích dựa trên giả thuyết đáp ứng miễn dịch của phụ nữ mang thai. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Vũ Hồng Thăng: con so (49,4%)⁵.

Nhiều nghiên cứu cho thấy nếu bệnh nhân có tiền sử sản khoa: tiền sử TSG/SG, thai chết lưu, thai CPTTTC ... hoặc tiền sử các bệnh nội khoa như THA, đái tháo đường, bệnh thận, bệnh tự miễn làm tăng nguy cơ phát sinh bệnh và làm bệnh nặng thêm. Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: có 4 trường hợp bị TSG/SG ở lần mang thai trước chiếm 4,2%, có 8 trường hợp có tiền sử thai lưu, 7 trường hợp có tiền sử thai CPTTTC. Bệnh toàn thân đi kèm gồm tăng huyết áp 4,2%, đái tháo đường 8,3%, bệnh thận 4,2%, bệnh tự miễn 2,1%. Như vậy rõ ràng rằng khi mắc các bệnh có liên quan với huyết áp hay có tiền sử TSG sẽ có nguy cơ cao mắc TSG. Với các trường hợp này đòi hỏi thầy thuốc phải theo dõi sát và có phương pháp điều trị phù hợp bởi bệnh nhân có tiền sử các bệnh nội khoa sẽ ảnh hưởng đến việc kiểm soát huyết áp.

Mức độ TSG nặng trong nghiên cứu là 53,1%. Tỷ lệ này cao hơn đáng kể so với nghiên cứu trước đó tại bệnh viện Đa khoa Hà Đông năm 2021 (44,7%)⁶, tuy nhiên lại thấp

hơn kết quả được báo cáo tại Bệnh viện Bạch Mai (65%)⁷. Sự chênh lệch này có thể lý giải do những khác biệt trong tiêu chuẩn chọn mẫu và TSG nặng thường được theo dõi và điều trị tại bệnh viện tuyến trung ương hoặc bệnh viện tuyến cuối.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi thai lúc vào viện từ 32-34 tuần có 24 trường hợp chiếm 25%, tuổi thai từ 35 - dưới 37 tuần có 28 trường hợp, tuổi thai từ 37 tuần trở lên chiếm tỷ lệ cao nhất, 45,8%. Nghiên cứu Lâm Đức Tâm (2023) cho thấy kết quả thai phụ TSG khởi phát muộn trên 37 tuần chiếm tỷ lệ chủ yếu, là 57,14%⁸.

Trong các triệu chứng lâm sàng, tăng huyết áp là triệu chứng có giá trị nhất để chẩn đoán và tiên lượng bệnh lý TSG. Đa số bệnh nhân vào viện trong tình trạng huyết áp cao độ 2 và độ 3 (37,5% và 36,5%). Kết quả này tương tự nghiên cứu của Vũ Hồng Thăng (THA độ 2 và THA độ 3 lần lượt là 36,7% và 36,4%)⁵. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 85,4% thai phụ TSG có phù, 45,8% các trường hợp có đau đầu. Các triệu chứng lâm sàng khác ít gặp hơn như nhìn mờ (2,1%), đau thượng vị (3,1%). Sự xuất hiện các triệu chứng này là biểu hiện của một tình trạng bệnh lý nặng nề.

Cùng với THA, protein niệu là triệu chứng chính thứ hai của TSG. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đa phần bệnh nhân nghiên cứu có protein trong nước tiểu 500-1000 mg/dl, chiếm 52,1%. Sự khác biệt về mức độ protein giữa 2 nhóm TSG và TSG nặng là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Kết quả này tương đương kết quả theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hà (2022) với protein niệu $< 0,5\text{g/l}$ là 23,3%⁹. Do đó, tất cả phụ nữ khi mang thai nên được xét nghiệm protein niệu ở giai đoạn sớm để phát hiện bệnh thận từ trước và xét nghiệm ở nửa sau của thai kỳ để phát hiện sớm bệnh lý TSG.

Tỷ lệ thai phụ có số lượng tiểu cầu $< 150\text{ G/l}$ là 16,7%, tỷ lệ tiểu cầu $\geq 150\text{ G/l}$ trong nhóm TSG nhẹ là 46,9% cao hơn nhóm TSG nặng là 36,5%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Đã có bằng chứng về vai trò của tiểu cầu trong việc tạo cục máu đông. Trong bệnh lý TSG, vai trò của tiểu cầu càng quan trọng trong việc chống lại nguy cơ chảy máu. Tiểu cầu giảm, hoạt động enzym AST và ALT tăng lên là dấu hiệu quan trọng trong hội chứng HELLP. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thấy AST và ALT đa phần ở mức bình thường, lần lượt là 64,6% và 79,2, tỷ lệ AST và ALT $\geq 70\text{U/l}$ là 10,4% và 9,4%. Kết quả này tương đương nghiên cứu của Nguyễn Thị Huyền Anh có 9,9% sản phụ TSG có men gan tăng ≥ 2 lần so với bình thường¹⁰. Các thay đổi về sinh lý bệnh của thận đã được mô tả trong bệnh lý TSG, nghiên cứu này của chúng tôi cho thấy nồng độ creatinin tăng là 8,3%. Ngoài ra tăng acid uric, LDH là dấu hiệu thường gặp trong TSG. Nghiên cứu của chúng tôi thấy có 59,4% thai phụ có acid uric $\geq 360\ \mu\text{mol/l}$, trong đó nhóm TSG nặng tăng 36 trường hợp chiếm 37,5% cao hơn nhóm TSG là 21,9%, tỷ lệ thai phụ tiền sản giật có LDH $\geq 250\text{ UI/l}$ của nhóm TSG nặng cao hơn nhóm TSG, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,004$). Kết quả này tương đồng với kết quả của Vũ Hồng Thăng (2021)⁵ là mức độ acid uric tăng cao hơn ở thai phụ TSG nặng so với thai phụ TSG. Về cân nặng thai nhi theo siêu âm, đa số trọng lượng vẫn nằm trong ngưỡng $> 2500\text{ gram}$; chỉ có 9 trường

hợp $< 1500\text{ gram}$ trong đó có 7 trường hợp thuộc nhóm TSG nặng chiếm 77,8%; có 23 trường hợp có trọng lượng 1500-2500g thuộc nhóm TSG nặng chiếm 69,7%, có 21 trường hợp có trọng lượng $> 2500\text{g}$ thuộc nhóm TSG nặng chiếm 38,9%. Do vậy, trên siêu âm cũng có thể đánh giá trọng lượng trẻ nhóm TSG nặng thấp hơn nhóm TSG và sự khác nhau có ý nghĩa thống kê.

5. KẾT LUẬN

Tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, bệnh nhân TSG nặng chiếm tỷ lệ 53,1%, trong đó phần lớn có độ tuổi từ 20-34 tuổi (66,7%), tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là $30,67 \pm 6,7$ tuổi. Đa số bệnh nhân vào viện trong tình trạng huyết áp cao độ 2 và độ 3. Tỷ lệ các rối loạn xét nghiệm gồm giảm tiểu cầu (16,7%), tăng AST(10,4%), tăng ALT(9,4%), tăng creatinin (8,3%). Nồng độ LDH và acid uric ở nhóm thai phụ tiền sản giật nặng cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm tiền sản giật ($p < 0,05$).

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] World Health Organization, WHO recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia., World Health Organization, (2020).
- [2] Bộ Y Tế. Hướng dẫn sàng lọc, chẩn đoán, xử trí tăng huyết áp ở phụ nữ mang thai, tiền sản giật, sản giật. Quyết định số 1154/QĐ-BYT ngày 04 tháng 05 năm 2024 (Bộ Y tế, Hà Nội, 2024).
- [3] Đỗ Tùng Đắc. Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của thai phụ tiền sản giật tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ tháng 6/2018 - 02/2023. Tạp chí y dược học quân sự, (2023).
- [4] Đặng Công Việt. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và xử trí sản khoa tiền sản giật tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. Tạp chí Nghiên cứu Y học, tr 143, (2020).
- [5] Vũ Hồng Thăng, Nguyễn Quảng Bắc. Kết quả xử trí thai nghén sản phụ tiền sản giật tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương. Tạp chí Y học Cộng đồng Việt Nam, (2023)
- [6] Phạm Văn Tự, Nguyễn Quốc Tuấn và Phùng Thị Lý. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả thai kỳ ở thai phụ tiền sản giật sản tại Bệnh viện đa khoa Hà Đông. Tạp chí Phụ Sản,30-37 (2021)
- [7] Nguyễn Thị Thu Phương, Nguyễn Tăng Diệu Tú. Nhận xét kết quả xử trí sản khoa tiền sản giật tại bệnh viện Bạch Mai năm 2023. Tạp chí nghiên cứu Y học, 182 (9) (2024)
- [8] Lâm Đức Tâm, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị tiền sản giật tại bệnh viện đa khoa Trung Ương Cần Thơ. Tạp chí Y dược Cần Thơ, tr 34-40 (2023)
- [9] Nguyễn Thị Thu Hà, Kết quả điều trị nội khoa của thai phụ tiền sản giật tại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội, Tạp chí y học Việt Nam, (2022).
- [10] Nguyễn Thị Huyền Anh. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả sản khoa của sản phụ tiền sản giật tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, Tạp chí y học Việt Nam, (2023).