

CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS OF PREECLAMPSIA IN PREGNANT WOMEN WITH UNDERLYING MEDICAL CONDITIONS AT THE NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY FROM 2023 TO 2025

Le Dinh Quang¹, Doan Manh Tin^{2*}, Tran Danh Cuong¹

¹Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung, Kim Lien ward, Hanoi, Vietnam

²Bach Mai Hospital - 78 Giai Phong, Kim Lien ward, Hanoi, Vietnam

Received: 03/03/2026

Revised: 20/06/2026; Accepted: 22/07/2026

ABSTRACT

Objective: To describe the clinical and laboratory characteristics of preeclampsia in pregnant women with underlying medical conditions.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 205 eligible participants at National Hospital of Obstetrics and Gynecology from January 2023 to December 2025.

Results: The mean maternal age was 33.86 ± 5.86 years. Severe preeclampsia accounted for the majority of cases (80.98%). Statistically significant differences were observed between the severe preeclampsia group and the non-severe group regarding urea, AST, ALT, LDH, MHVC, and fetal birth weight. Hypertension was the most common underlying comorbidity and was significantly associated with preeclampsia (OR = 3.12; $p < 0.05$).

Conclusion: Severe preeclampsia accounted for a high proportion of cases. Hypertension was the most common chronic comorbidity and may contribute to the increased risk and severity of preeclampsia, along with other underlying medical conditions.

Keywords: Preeclampsia, underlying medical conditions, clinical characteristics, laboratory findings.

*Corresponding author

Email: quangcpdl@gmail.com Phone: (+84) 372546983 DOI: 10.52163/yhc.v67i7.6008

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG Ở NHÓM THAI PHỤ BỊ TIỀN SẢN GIẬT MẮC MỘT SỐ BỆNH LÝ NỀN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG TỪ NĂM 2023-2025

Lê Đình Quang¹, Đoàn Mạnh Tín^{2*}, Trần Danh Cường¹

¹Trường Đại học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, phường Kim Liên, Hà Nội, Việt Nam

²Bệnh viện Bạch Mai - 78 đường Giải Phóng, phường Kim Liên, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 03/03/2026

Ngày chỉnh sửa: 20/06/2026; Ngày duyệt đăng: 22/07/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở nhóm thai phụ bị tiền sản giật mắc một số bệnh lý nền tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 205 đối tượng đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương từ tháng 1/2023 đến tháng 12/2025.

Kết quả: Nghiên cứu trên các thai phụ tiền sản giật ghi nhận tuổi trung bình là $33,86 \pm 5,86$ tuổi. Tiền sản giật có dấu hiệu nặng chiếm đa số (80,98%). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về đặc điểm ure, AST, ALT, LDH, MHVC và cân nặng thai trên 2 nhóm sản phụ tiền sản giật có dấu hiệu nặng và không có dấu hiệu nặng. Tăng huyết áp là bệnh lý nền đi kèm thường gặp nhất. Mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tăng huyết áp với tiền sản giật có dấu hiệu nặng ($OR = 3,12$; $p < 0,05$).

Kết luận: Tiền sản giật có dấu hiệu nặng chiếm tỷ lệ cao. Tăng huyết áp là bệnh lý nền mạn tính phổ biến nhất, bên cạnh các bệnh nền khác làm tăng nguy cơ và mức độ nặng của tiền sản giật.

Từ khóa: Tiền sản giật, bệnh lý nền, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiền sản giật là một biến chứng nghiêm trọng trong thai kỳ, thường xuất hiện sau tuần 20 và là nguyên nhân hàng đầu gây biến chứng nặng cho cả mẹ và thai nhi. Trên thế giới người ta ước tính tiền sản giật ảnh hưởng đến 2-8% tổng số thai kỳ và là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và bệnh tật ở mẹ và trẻ sơ sinh, có 76.000 phụ nữ và 500.000 trẻ em tử vong vì tiền sản giật mỗi năm [1].

Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra mối liên quan mật thiết giữa tiền sản giật và các bệnh lý nền có sẵn ở sản phụ. Đặc biệt các bệnh lý nền như tăng huyết áp (HA) mạn tính, đái tháo đường, Lupus ban đỏ hệ thống và bệnh cường giáp được xem là những yếu tố nguy cơ quan trọng làm tăng đáng kể khả năng mắc cũng như mức độ bệnh và biến chứng của tiền sản giật [2]. Nghiên cứu của Seely E.W và cộng sự đã chỉ ra rằng sản phụ có nguy cơ tiền sản giật từ 3-5%, nhưng ở những phụ nữ bị tăng HA mạn tính có từ 17-25% tiến triển tiền sản giật chồng lên [3]. Tương tự, đái tháo đường type 1 hoặc type 2 cũng làm tăng nguy cơ tiền sản giật, gấp khoảng 4 lần so với bình thường, theo một nghiên cứu có khoảng 7-20% thai kỳ ở bệnh nhân đái tháo đường có kèm tiền sản giật [4]. Đối với bệnh nhân Lupus ban đỏ hệ thống, nguy cơ mắc có thể lên tới 20-30%, đặc biệt khi bệnh hoạt động hoặc có hội chứng anti-phospholipid đi kèm [5]. Bệnh Basedow (cường giáp) ở mẹ cũng được ghi nhận góp phần gây rối loạn chức năng nội mô và co mạch, làm tăng nguy cơ tiền sản giật [6].

Bệnh viện Phụ Sản Trung ương là cơ sở chuyên khoa đầu ngành, tiếp cận và quản lý nhiều trường hợp thai nghén nguy cơ cao tại Việt Nam. Tuy nhiên, hiện nay vẫn chưa có nhiều nghiên cứu trong nước về tiền sản giật ở

nhóm thai phụ có bệnh lý nền. Do đó để góp phần cung cấp thêm bằng chứng thực tiễn, hỗ trợ nâng cao hiệu quả sàng lọc, dự phòng và quản lý thai kỳ nguy cơ cao, góp phần giảm thiểu biến chứng cho mẹ và bé, chúng tôi tiến hành nghiên cứu kết quả thai kỳ ở nhóm thai phụ có bệnh nền tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương từ năm 2023-2025 với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở nhóm thai phụ bị tiền sản giật mắc một số bệnh lý nền.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các thai phụ được chẩn đoán tiền sản giật kèm theo ít nhất một bệnh lý nền (tăng HA mạn, đái tháo đường type 1 hoặc type 2, Lupus ban đỏ hệ thống, hội chứng anti-phospholipid, Basedow hoặc bệnh khác đã được chẩn đoán từ trước khi mang thai), được quản lý và điều trị tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương giai đoạn 2023-2025.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: thai phụ được chẩn đoán tiền sản giật theo tiêu chuẩn của ACOG (2020); có chẩn đoán xác định ít nhất một bệnh lý nền trước khi mang thai hoặc trong 3 tháng đầu thai kỳ; tuổi thai tại thời điểm vào viện từ 20 tuần trở lên.

- Tiêu chuẩn loại trừ: những hồ sơ bệnh án không rõ ràng, không đủ thông tin về mẹ và tình trạng sơ sinh; tuổi thai tại thời điểm vào viện dưới 20 tuần.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm: tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương.

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 1/2023 đến tháng 12/2025.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu.

*Tác giả liên hệ

Email: quangcpdl@gmail.com Điện thoại: (+84) 372546983 DOI: 10.52163/yhc.v67i7.6008

2.6. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện, có 205 đối tượng nghiên cứu thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

2.7. Các biến số nghiên cứu

- Đặc điểm chung: tuổi mẹ, tiền sử thai nhi, tiền sử sản khoa, tuổi thai, số lần sinh, tiền sử mổ lấy thai, tiền sử bệnh nền.

- Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng: phù, tăng HA, protein niệu, các triệu chứng tiền sản giật nặng (đau đầu, rối loạn thị giác, đau thượng vị...), các chỉ số sinh hóa máu (AST, ALT, ure, creatinin, acid uric, albumin).

Các tiêu chuẩn đánh giá (theo Hướng dẫn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản, 2016):

- Chẩn đoán tiền sản giật khi có tăng HA xuất hiện sau 20 tuần tuổi thai: HA tâm thu ≥ 140 mmHg và/hoặc HA tâm trương ≥ 90 mmHg; kèm theo một trong các tiêu chuẩn sau: protein niệu $\geq 0,3$ g/24 giờ hoặc protein niệu $\geq 0,5$ g/l trong mẫu nước tiểu ngẫu nhiên. Trong trường hợp không có protein niệu, chẩn đoán dựa vào một trong các dấu hiệu sau: tiểu cầu giảm (< 100 G/L), creatinin huyết thanh $> 1,1$ mg/dL, men gan tăng ≥ 2 lần so với bình thường, phù phổi cấp, triệu chứng thần kinh - thị giác (đau đầu, nhìn mờ). Phân loại tiền sản giật:

+ Tiền sản giật không có dấu hiệu nặng: HA tâm trương 90-110 mmHg, protein niệu $\geq 0,3$ g/24 giờ hoặc protein niệu $\geq 0,5$ g/l trong mẫu nước tiểu ngẫu nhiên, không có các dấu hiệu nặng.

+ Tiền sản giật có dấu hiệu nặng khi có tăng HA kèm theo ít nhất một trong các dấu hiệu sau: HA $\geq 160/110$ mmHg, giảm tiểu cầu (< 100 G/L), giảm chức năng gan (men gan tăng ≥ 2 lần ngưỡng trên giới hạn bình thường), giảm chức năng thận (nồng độ creatinin huyết tương $\geq 1,1$ mg/dL hoặc tăng gấp đôi sau khi loại trừ các bệnh lý khác), phù phổi cấp, đau thượng vị hoặc đau vùng gan, xuất hiện triệu chứng thần kinh hoặc thị giác (đau đầu mới xuất hiện, dai dẳng không đáp ứng với thuốc giảm đau sau khi loại trừ các bệnh lý khác, nhìn mờ, ám điểm).

2.8. Phương pháp thu thập số liệu

Sao chép tất cả thông tin liên quan từ hồ sơ bệnh án vào phiếu nghiên cứu được thiết kế sẵn.

2.9. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập vào máy tính và phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0. Sử dụng thống kê mô tả để trình bày đặc điểm lâm sàng, yếu tố nguy cơ và kết quả xử trí. Phân tích mối liên quan giữa các bệnh lý nền với mức độ nặng và kết cục của tiền sản giật.

2.10. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự chấp thuận của Hội đồng Đạo đức Bệnh viện Phụ Sản Trung ương (số 649/ CN-PSTW ngày 23 tháng 3 năm 2026).

Thông tin bệnh nhân được bảo mật, nghiên cứu không can thiệp điều trị và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

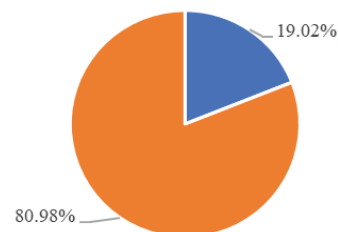
3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 205)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	≥ 35 tuổi	102	49,75
	< 35 tuổi	103	50,25
	$\bar{X} \pm SD$ (tuổi)	33,86 $\pm$ 5,86	

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nghề nghiệp	Làm ruộng	14	6,82
	Công nhân	41	20,00
	Công chức, viên chức	64	31,23
	Tự do	86	41,95
Cách thức có thai	Tự nhiên	179	87,32
	IVF, IUI	26	12,68
Số lần sinh con	Con rạ	154	75,12
	Con so	51	24,88
Tuổi thai	< 28 tuần	37	18,05
	28-34 tuần	100	48,78
	> 34 tuần	68	33,17
	$\bar{X} \pm SD$ (tuần)	31,75 $\pm$ 3,86	
Số lượng thai	Đơn thai	203	99,02
	Đa thai	2	0,98
Thời điểm chấm dứt thai kỳ	< 28 tuần	33	16,09
	28-34 tuần	97	47,31
	> 34 tuần	75	36,60
	$\bar{X} \pm SD$ (tuần)	32,14 $\pm$ 3,73	
Tiền sử bệnh lý sản khoa	Có	28	13,65
	Không	177	86,35

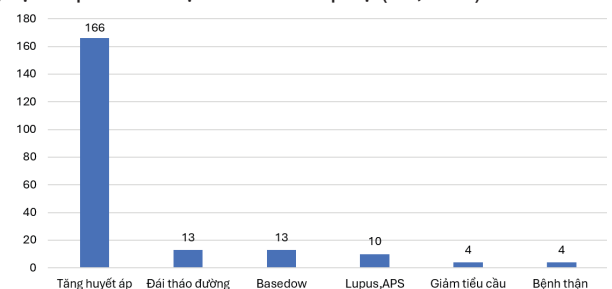
Bảng 1 cho thấy tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 33,86 $\pm$ 5,86, phân bố tương đối đồng đều giữa nhóm dưới 35 tuổi và ≥ 35 tuổi. Nghề nghiệp chủ yếu là tự do và công chức/viên chức lần lượt chiếm 41,95% và 31,23%. Tỷ lệ thai phụ có con so là 24,88%, con rạ là 75,12%. Đa số đối tượng mang thai tự nhiên (87,32%) với tuổi thai trung bình khi vào viện khoảng 31,75 tuần, thai đơn chiếm gần như tuyệt đối (99,02%). Phần lớn các trường hợp chấm dứt thai kỳ ở giai đoạn thai 28-34 tuần và trên 34 tuần, với tuổi thai trung bình lúc kết thúc là 32,14 $\pm$ 3,73 tuần. Tỷ lệ có tiền sử bệnh lý sản khoa tương đối thấp (13,65%).



■ Tiền sản giật không có dấu hiệu nặng ■ Tiền sản giật có dấu hiệu nặng

Biểu đồ 1. Phân loại mức độ nặng tiền sản giật (n = 205)

Tiền sản giật có dấu hiệu nặng chiếm đa số với 166 sản phụ (80,98%); tiền sản giật không có dấu hiệu nặng chiếm tỷ lệ thấp hơn rõ rệt với 39 sản phụ (19,02%).



Biểu đồ 2. Tỷ lệ các bệnh lý nền mạn tính ở nhóm đối tượng nghiên cứu

Ghi chú: Có trường hợp có ≥ 1 bệnh lý nền.

Biểu đồ 2 cho thấy bệnh lý tăng HA chiếm cao nhất với 166 trường hợp; tiếp theo là đái tháo đường và Basedow tương đương nhau với 13 trường hợp; sau đó đến Lupus có 10 trường hợp và thấp nhất là bệnh lý giảm tiểu cầu và bệnh thận chỉ 4 trường hợp.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng tiền sản giật của sản phụ

Tiền sản giật		Không có dấu hiệu nặng (n = 39)	Có dấu hiệu nặng (n = 166)	Tổng (n = 205)
Tăng HA	HA tâm thu (mmHg)	146,41 $\pm$ 8,42	173,87 $\pm$ 23,57	168,64 $\pm$ 24,07
	HA tâm trương (mmHg)	92,31 $\pm$ 5,36	107,4 $\pm$ 15,12	104,53 $\pm$ 15,02
	Tăng HA độ 1	29 (74,36%)	24 (14,46%)	53 (25,85%)
	Tăng HA độ 2	9 (23,08%)	52 (31,32%)	61 (29,75%)
	Tăng HA độ 3	1 (2,56%)	90 (54,22%)	91 (44,40%)
Phù	Có phù	28 (71,79%)	94 (56,62%)	122 (59,52%)
	Không phù	3 (7,69%)	2 (1,2%)	5 (2,44%)
	Phù toàn thân	8 (20,52%)	70 (42,18%)	78 (38,04%)
Đau đầu	Có	0	61 (36,74%)	61 (29,76%)
	Không	39 (100%)	105 (63,26%)	144 (70,24%)
Đau hạ sườn phải hoặc đau thượng vị	Có	0	8 (4,82%)	8 (3,90%)
	Không	39 (100%)	158 (95,18%)	197 (96,10%)
Rối loạn thị giác	Có	0	21 (12,65%)	21 (10,24%)
	Không	39 (100%)	145 (87,35%)	184 (89,76%)
Phù phổi cấp	Có	0	2 (1,20%)	2 (0,97%)
	Không	39 (100%)	164 (98,80%)	203 (99,03%)

Chỉ số HA tâm thu và HA tâm trương ở 2 nhóm tiền sản giật không có dấu hiệu nặng và dấu hiệu nặng lần lượt là 146,41 mmHg; 173,87 mmHg; 92,31 mmHg; 107,4 mmHg. Tăng HA độ 2 và độ 3 ở nhóm tiền sản giật có dấu hiệu nặng chiếm tỷ lệ cao hơn so với nhóm tiền sản giật không có dấu hiệu nặng. Các triệu chứng phản ánh tổn thương cơ quan đích như đau đầu (36,74%), rối loạn thị giác (12,65%), đau thượng vị (4,82%) và phù phổi cấp (1,20%) chỉ có ở nhóm tiền sản giật có dấu hiệu nặng.

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng tiền sản giật của sản phụ

Tiền sản giật		Không có dấu hiệu nặng (n = 39)	Có dấu hiệu nặng (n = 166)	Tổng (n = 205)	p
Cận lâm sàng	Ure (mmol/l)	5,39 $\pm$ 2,09	6,74 $\pm$ 2,85	6,49 $\pm$ 2,77	0,003
	AST (UI/l)	25,95 $\pm$ 17,91	66,30 $\pm$ 138,24	58,62 $\pm$ 125,57	0,011
	ALT (UI/l)	21,72 $\pm$ 21,02	53,63 $\pm$ 112,49	47,56 $\pm$ 102,35	0,017
	LDH (UI/l)	187,69 $\pm$ 60,09	336,10 $\pm$ 280,40	307,87 $\pm$ 260,15	0,001
	MHVC (%)	0,11 $\pm$ 0,05	0,15 $\pm$ 0,09	0,14 $\pm$ 0,09	0,001
	Protein niệu (g/l)	3,41 $\pm$ 5,95	7,00 $\pm$ 8,77	6,32 $\pm$ 8,41	0,055
	Creatinin (μ mol/l)	71,56 $\pm$ 26,06	78,49 $\pm$ 25,07	77,17 $\pm$ 25,35	0,193
	Acid uric (μ mol/l)	402,72 $\pm$ 94,89	453,21 $\pm$ 113,94	443,61 $\pm$ 112,13	0,101
	Cân nặng thai	< 1500g	9 (23,07%)	79 (47,59%)	0,001
		1500-2500g	14 (35,9%)	66 (39,76%)	
		> 2500 g	16 (41,03%)	21 (12,65%)	

Các chỉ số cận lâm sàng có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về đặc điểm ure, AST, ALT, LDH, MHVC và cân nặng thai trên 2 nhóm sản phụ tiền sản giật có dấu hiệu nặng và không có dấu hiệu nặng (p lần lượt là 0,003; 0,011; 0,017; 0,001; 0,001 và 0,001).

Bảng 4. Hồi quy đa biến tiền sản giật nặng theo nhóm mắc bệnh lý nền

Bệnh lý nền	Tiền sản giật	OR	95% CI	p
Tuổi ≥ 35		0,820	0,375-1,794	0,619
Tăng HA		3,119	1,042-9,339	0,042
Basedow		0,984	0,057-1,210	0,086
Lupus ban đỏ hệ thống		0,377	0,077-1,844	0,228

Tăng HA có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tiền sản giật có dấu hiệu nặng (OR = 3,12; KTC 95%: 1,04-9,34; p = 0,042). Chưa ghi nhận mối liên quan giữa tuổi ≥ 35 , Basedow và Lupus ban đỏ hệ thống với tiền sản giật (p > 0,05).

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên 205 thai phụ, trong đó thai phụ được chẩn đoán tiền sản giật có dấu hiệu nặng chiếm 80,98%. Kết quả này tương đồng với ghi nhận tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội (76,2-76,8%), nhưng cao hơn nhiều so với Bệnh viện Đa khoa Sa Đéc (34%) [7-8]. Về độ tuổi, tuổi trung bình trong nghiên cứu này là 33,86 $\pm$ 5,86, tương đồng với nghiên cứu của Yang Y và cộng sự (2022) tại Trung Quốc cho thấy tuổi trung bình của đối tượng tham gia nghiên cứu là 30,46 $\pm$ 5,57 tuổi [9]. Tỷ lệ thụ thai hỗ trợ IVF/IUI (12,68%) thấp hơn so với một số nghiên cứu khác (18,8-19%). Đáng lưu ý, tuổi thai trung bình khi chấm dứt thai kỳ là 32,14 tuần, phản ánh xu hướng can thiệp sớm tương đương với nhóm tiền sản giật có dấu hiệu nặng tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội (32,4 tuần) nhưng sớm hơn đáng kể so với mặt bằng chung tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương (34,89 tuần).

Tăng HA là triệu chứng sớm nhất, quan trọng nhất, có giá trị chẩn đoán và tiên lượng cho cả mẹ và con trong tiền sản giật. Trong nghiên cứu của chúng tôi, HA trung bình ở nhóm tiền sản giật có dấu hiệu nặng (173,87/107,4 mmHg) tương đồng với kết quả tại Bệnh viện Đa khoa Sa Đéc (171,18/106,18 mmHg) [8]. Tuy nhiên, trị số này cao hơn rõ rệt so với ghi nhận của Nguyễn Thị Thu Hà và cộng sự tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội (158,2/96,7 mmHg) [10]. Sự khác biệt đáng kể nhất nằm ở phân độ HA. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tăng HA độ 3 chiếm tới 54,22% ở nhóm tiền sản giật có dấu hiệu nặng, cao hơn nhiều so với tỷ lệ 18,7% tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội. Điều này cho thấy đối tượng nghiên cứu của chúng tôi nhập viện trong tình trạng bệnh lý rất nghiêm trọng, vì tăng HA nặng (HA tâm thu ≥ 160 và/hoặc HA tâm trương ≥ 110 mmHg) là dấu hiệu nặng phổ biến nhất. Các triệu chứng phản ánh tổn thương cơ quan đích như đau đầu (36,74%), rối loạn thị giác (12,65%), đau thượng vị (4,82%) và phù phổi cấp (1,20%) chỉ có ở nhóm tiền sản giật có dấu hiệu nặng, tương đồng với nghiên cứu của Chung Thị Mỹ Nhung và cộng sự tại Bệnh viện Đa khoa Sa Đéc [8].

Kết quả phân tích các chỉ số cận lâm sàng trong nghiên cứu này cho thấy sự gia tăng đáng kể của các men gan ở nhóm nặng với AST và ALT cao hơn hẳn nhóm nhẹ (p < 0,05), tiệm cận ngưỡng chẩn đoán tổn thương gan (≥ 70 UI/l) theo tiêu chuẩn ACOG (2020). Giá trị này trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nhiều so với ghi nhận tại Bệnh viện Đa khoa Sa Đéc (AST 29,76 UI/l; ALT 19,62 UI/l) và nghiên cứu của Mai Trọng Hưng và cộng sự (AST 31,1 UI/l; ALT 29,3 UI/l) [7]. Về chức năng thận, nồng độ ure máu (6,74 mmol/l) ở nhóm nặng cao hơn có ý nghĩa so

với nhóm nhẹ ($p = 0,003$) và vượt mức ghi nhận tại Bệnh viện Đa khoa Sa Đéc (4,15 mmol/l) [8]. Tỷ lệ thai nhi có cân nặng $< 1500\text{g}$ ở nhóm tiền sản giật có dấu hiệu nặng (47,59%) cao hơn rõ rệt so với nhóm không có dấu hiệu nặng (23,07%); ngược lại, tỷ lệ thai nhi có cân nặng $> 2500\text{g}$ ở nhóm không có dấu hiệu nặng (41,03%) cao hơn đáng kể so với nhóm có dấu hiệu nặng (12,65%) với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,001$). Do vậy, trên siêu âm cũng có thể đánh giá trọng lượng trẻ nhóm tiền sản giật có dấu hiệu nặng thấp hơn nhóm không có dấu hiệu nặng và sự khác nhau này có ý nghĩa thống kê.

Trong mô hình hồi quy đa biến, tăng HA mạn tính được xác định là yếu tố nguy cơ duy nhất có ý nghĩa thống kê liên quan đến diễn tiến nặng của tiền sản giật ($OR = 3,119$; $p = 0,042$). Kết quả này cũng phù hợp với ghi nhận tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội, nơi tăng HA mạn tính chiếm tỷ lệ cao nhất (26%) trong số các bệnh lý nội khoa đi kèm ở thai phụ tiền sản giật nặng [10]. Nghiên cứu này chưa tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa độ tuổi ≥ 35 , bệnh lý Basedow, Lupus ban đỏ hệ thống với tiền sản giật ($p > 0,05$), dù các tài liệu như ACOG vẫn xếp đây là các yếu tố nguy cơ cao. Sự khác biệt này có thể do cỡ mẫu hạn chế đối với các bệnh lý đặc thù. Tuy nhiên, kết quả đã khẳng định vai trò tiên lượng then chốt của tăng HA đối với mức độ trầm trọng của bệnh.

5. KẾT LUẬN

Tiền sản giật có dấu hiệu nặng chiếm tỷ lệ cao. Tăng HA là bệnh lý nền mạn tính phổ biến nhất, bên cạnh các bệnh lý khác như đái tháo đường, Basedow, Lupus/hội chứng kháng phospholipid, giảm tiểu cầu và bệnh thận, góp phần làm tăng nguy cơ và mức độ nặng của tiền sản giật.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Vera-Ponce V.J, Loayza-Castro J.A et al. Global prevalence of preeclampsia, eclampsia, and HELLP syndrome: a systematic

- review and meta-analysis. *Front Reprod Health*, 2025, 7. doi: 10.3389/frph.2025.1706009
- [2] Who is at risk of preeclampsia? Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development. June 14, 2022. Accessed April 27, 2026. <https://www.nichd.nih.gov/health/topics/preeclampsia/conditioninfo/risk>
- [3] Seely E.W, Ecker J. Chronic hypertension in pregnancy. *Circulation*, 2014, 129 (11): 1254-1261. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.113.003904
- [4] Do N.C, Vestgaard M et al. Prediction and prevention of preeclampsia in women with preexisting diabetes: the role of home blood pressure, physical activity, and aspirin. *Front Endocrinol (Lausanne)*, 2023, 14: 1166884. doi: 10.3389/fendo.2023.1166884
- [5] Wind M, Fierro J.J et al. Pregnancy outcome predictors in systemic Lupus erythematosus: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Rheumatology*, 2024, 6 (10): e667-e683. doi: 10.1016/S2665-9913(24)00160-7
- [6] Tan Z, Ding M et al. Causal pathways in preeclampsia: a Mendelian randomization study in European populations. *Front Endocrinol*, 2024, 15: 1453277. doi: 10.3389/fendo.2024.1453277
- [7] Mai Trọng Hưng, Đỗ Tuấn Đạt và cộng sự. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và những yếu tố liên quan của tiền sản giật ở các thai phụ tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội năm 2024. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2025, 554 (3): 225-230. doi: 10.51298/vmj.v554i3.15807
- [8] Chung Thị Mỹ Nhung, Trần Quang Hiển, Lâm Đức Tâm. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả xử trí sản khoa ở thai phụ tiền sản giật tại Bệnh viện Đa khoa Sa Đéc. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2024, 539 (2): 47-51. doi: 10.51298/vmj.v539i2.9792
- [9] Yang Y, Xie Y et al. Characteristics and fetal outcomes of pregnant women with hypertensive disorders in China: a 9-year national hospital-based cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 2022, 22 (1): 924. doi: 10.1186/s12884-022-05260-3
- [10] Nguyễn Thị Thu Hà, Đỗ Tuấn Đạt, Phan Thị Huyền Thương. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của thai phụ có dấu hiệu nặng tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2024, 538 (1): 42-47. doi: 10.51298/vmj.v538i1.9315