

SEVERITY OF PREECLAMPSIA AND FACTORS ASSOCIATED WITH SEVERE DISEASE AMONG PREGNANT WOMEN AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL IN 2025-2026

Dao Thi Hong Gam^{1*}, Vo Thanh Hung²

¹Nam Can Tho University

²Can Tho Medical College

Received: 23/6/2026

Revised: 20/8/2026; Accepted: 21/09/2026

SUMMARY

Objective: To describe the severity of preeclampsia and identify factors associated with disease severity among pregnant women with preeclampsia at Can Tho Central General Hospital.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 102 pregnant women diagnosed with preeclampsia from October 2025 to April 2026. The severity of preeclampsia was determined according to the treating obstetrician's diagnosis based on the American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) criteria. Data were analyzed using SPSS version 23.0. Factors associated with severe preeclampsia were identified using multivariable logistic regression analysis.

Results: Among the 102 pregnant women included in the study, 83.3% were diagnosed with preeclampsia with severe features. Pregnant women with proteinuria ≥ 500 mg/L had a 10.15-fold higher likelihood of developing preeclampsia with severe features compared with those with proteinuria < 500 mg/L (OR = 10.15; 95% CI: 2.63–39.20; $p < 0.001$). Multiparous women were 5.97 times more likely to develop preeclampsia with severe features than nulliparous women (OR = 5.97; 95% CI: 1.11–32.21; $p = 0.038$).

Conclusion: Preeclampsia with severe features accounted for a high proportion of cases. Proteinuria ≥ 500 mg/L and multiparity were independently associated with preeclampsia with severe features, suggesting that proteinuria may be a useful indicator for risk assessment and for identifying pregnant women at increased risk.

Keywords: preeclampsia, proteinuria, pregnant women, associated factors.

*Corresponding author

Email: daothihonggam2002@gmail.com Phone: (+84) 772608915 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD15.6696

MỨC ĐỘ NẶNG CỦA TIỀN SẢN GIẬT VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở THAI PHỤ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ NĂM 2025–2026

Đào Thị Hồng Gấm^{1*}, Võ Thanh Hùng²

¹Trường Đại học Nam Cần Thơ

²Trường Cao đẳng Y tế Cần Thơ

Ngày nhận bài: 23/6/2026

Ngày chỉnh sửa: 20/8/2026; Ngày duyệt đăng: 21/09/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả mức độ nặng của tiền sản giật và xác định một số yếu tố liên quan đến mức độ nặng của tiền sản giật ở thai phụ tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 102 thai phụ được chẩn đoán tiền sản giật từ tháng 10/2025 đến tháng 04/2026. Mức độ tiền sản giật được xác định theo chẩn đoán của bác sĩ điều trị dựa trên tiêu chuẩn của the American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Dữ liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS phiên bản 23.0. Các yếu tố liên quan đến tiền sản giật có dấu hiệu nặng được xác định bằng hồi quy logistic đa biến.

Kết quả: Trong số 102 thai phụ nghiên cứu, tỷ lệ tiền sản giật có dấu hiệu nặng chiếm 83,3%. Thai phụ có protein niệu ≥ 500 mg/L có nguy cơ xuất hiện tiền sản giật có dấu hiệu nặng cao gấp 10,15 lần so với nhóm có protein niệu < 500 mg/L (OR = 10,15; KTC 95%: 2,63–39,20; $p < 0,001$). Thai phụ con rạ có nguy cơ xuất hiện tiền sản giật có dấu hiệu nặng cao gấp 5,97 lần so với thai phụ con so (OR = 5,97; KTC 95%: 1,11–32,21; $p = 0,038$).

Kết luận: Tiền sản giật có dấu hiệu nặng chiếm tỷ lệ cao. Protein niệu ≥ 500 mg/L và tiền thai là các yếu tố liên quan độc lập với tiền sản giật có dấu hiệu nặng tại thời điểm nghiên cứu, cho thấy protein niệu có thể là một chỉ số hữu ích trong đánh giá nguy cơ và hỗ trợ nhận diện các thai phụ có nguy cơ cao.

Từ khóa: Tiền sản giật, protein niệu, thai phụ, yếu tố liên quan.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiền sản giật là một rối loạn tăng huyết áp đặc hiệu của thai kỳ, thường xuất hiện sau 20 tuần tuổi thai và có thể gây nhiều biến chứng nghiêm trọng cho mẹ và thai nhi nếu không được phát hiện, theo dõi và xử trí kịp thời. Trên thế giới, tiền sản giật, sản giật và hội chứng HELLP vẫn là những nguyên nhân quan trọng góp phần làm tăng tỷ lệ bệnh tật và tử vong mẹ cũng như các kết cục bất lợi chu sinh [1]. Theo ACOG, tiền sản giật không chỉ được chẩn đoán dựa vào tăng huyết áp và protein niệu, mà còn có thể liên quan đến các biểu hiện tổn thương cơ quan đích như giảm tiểu cầu, rối loạn chức năng gan, suy thận, phù phổi hoặc triệu chứng thần kinh – thị giác; trong đó, tiền sản giật có dấu hiệu nặng là nhóm cần được nhận diện sớm do nguy cơ diễn tiến nặng cao [2].

Tại Việt Nam, Bộ Y tế đã ban hành hướng dẫn sàng lọc và điều trị dự phòng tiền sản giật, nhấn mạnh vai trò của phát hiện sớm thai phụ nguy cơ cao, quản lý thai nghén chặt chẽ và can thiệp phù hợp nhằm giảm biến chứng cho mẹ và trẻ sơ sinh [3]. Tuy nhiên, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố liên quan đến mức độ nặng của tiền sản giật có thể khác nhau tùy theo dân số nghiên cứu, đặc điểm thai phụ, điều kiện quản lý thai kỳ và mô hình chăm sóc tại từng cơ sở y tế. Một số nghiên cứu trong nước cho thấy tiền sản giật nặng có liên quan đến các kết cục bất lợi của thai kỳ, đồng thời đặt ra yêu cầu cần nhận diện sớm các yếu tố nguy cơ để hỗ trợ quyết định theo dõi và xử trí sản khoa phù hợp [4].

Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ là bệnh viện tuyến cuối khu vực Đồng bằng sông Cửu Long, thường tiếp nhận nhiều thai phụ tiền sản giật có nguy cơ cao. Việc xác định mức độ nặng và các yếu tố liên quan có ý nghĩa quan trọng trong phát hiện sớm các trường hợp nguy cơ, hỗ trợ điều trị kịp thời và giảm biến chứng cho mẹ và thai nhi. Vì vậy, nghiên cứu được thực hiện nhằm: (1) Mô tả mức độ nặng của tiền sản giật ở thai phụ tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ; (2) Xác định một số yếu tố liên quan đến mức độ nặng của tiền sản giật ở thai phụ tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

Nghiên cứu được thực hiện từ 10/2025 đến 04/2026 tại Khoa Sản - Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ.

2.3. Đối tượng nghiên cứu:

Các thai phụ được chẩn đoán tiền sản giật nhập viện điều trị và sinh con.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Thai phụ được chẩn đoán tiền sản giật theo hướng dẫn của Bộ Y tế (2021), bao gồm tăng huyết áp xuất hiện sau 20 tuần thai kỳ (HATT ≥ 140 mmHg và/hoặc HATT ≥ 90 mmHg) kèm protein niệu hoặc các dấu hiệu tổn thương cơ quan đích (giảm tiểu cầu, suy thận, rối loạn chức năng gan, phù phổi hoặc triệu chứng thần kinh/thị giác), và đồng ý tham gia nghiên cứu.

*Tác giả liên hệ

Email: daothihonggam2002@gmail.com Điện thoại: (+84) 772608915 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD15.6696

Tiêu chuẩn loại trừ: Loại trừ các thai phụ có bệnh nền nặng (bệnh tim nặng, lupus ban đỏ, động kinh, giảm tiểu cầu miễn dịch), tăng huyết áp mạn tính, bệnh gan hoặc thận mạn tính có từ trước thai kỳ, thai dị tật lớn, hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin, chuyển tuyến điều trị, không sinh tại bệnh viện trong thời gian nghiên cứu hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

Cỡ mẫu: Nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu toàn bộ. Tất cả thai phụ được chẩn đoán tiền sản giật và đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn trong khoảng thời gian từ tháng 10/2025 đến tháng 04/2026 đều được đưa vào nghiên cứu. Tổng cộng có 102 thai phụ đủ tiêu chuẩn được đưa vào phân tích.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, bao gồm tất cả thai phụ được chẩn đoán tiền sản giật điều trị nội trú tại bệnh viện trong thời gian nghiên cứu và đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn.

2.5. Biến số và chỉ số nghiên cứu

Bộ công cụ nghiên cứu gồm 3 phần, cụ thể:

- Phần 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu, gồm các câu hỏi về tuổi, nghề nghiệp, tăng cân trong thai kỳ, tiền thai, số thai lần này và tuổi thai.

- Phần 2: Đặc điểm cận lâm sàng của thai phụ, bao gồm các thông tin về men gan (AST và ALT), LDH, Ure, Creatinin huyết thanh, Acid uric và protein niệu.

- Phần 3: Phân loại tiền sản giật được thực hiện theo tiêu chuẩn của the American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Tiền sản giật có dấu hiệu nặng được xác định khi thai phụ có ít nhất một trong các tiêu chuẩn sau: huyết áp tâm thu ≥ 160 mmHg hoặc huyết áp tâm trương ≥ 110 mmHg; giảm tiểu cầu ($<100.000/\text{mm}^3$); rối loạn chức năng gan (AST hoặc ALT tăng ≥ 2 lần giới hạn trên của giá trị bình thường); suy chức năng thận (creatinin huyết thanh $>1,1$ mg/dL hoặc tăng gấp đôi so với giá trị nền khi không có bệnh thận khác); phù phổi; hoặc các triệu chứng thần kinh hoặc thị giác mới khởi phát. Các thành phần này được thu thập và trình bày trong bảng kết quả. Các trường hợp không đáp ứng các tiêu chuẩn trên được phân loại là tiền sản giật không có dấu hiệu nặng. Trong nghiên cứu này, phân loại mức độ bệnh không được thực hiện lại bởi nhóm nghiên cứu mà dựa trên chẩn đoán ghi trong hồ sơ bệnh án. Mức protein niệu ≥ 500 mg/L không được sử dụng để phân loại mức độ nặng theo ACOG mà chỉ được xem là một biến số nghiên cứu để phân tích mối liên quan với mức độ bệnh và các kết cục nghiên cứu [2].

2.6. Quy trình chọn mẫu:

Dữ liệu được thu thập bằng phiếu thu thập số liệu, bao gồm thông tin phỏng vấn thai phụ và thông tin trích lục từ hồ sơ bệnh án, kết quả xét nghiệm. Các phiếu hợp lệ được kiểm tra trước khi nhập và phân tích số liệu.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu:

Dữ liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 23.0. Kiểm định Fisher's exact test được sử dụng để phân tích mối liên quan giữa các biến đặc điểm chung, cận lâm sàng và mức độ nặng của tiền sản giật. Các biến có $p < 0,2$ trong phân tích đơn biến được đưa vào mô hình hồi quy logistic đa biến để xác định các yếu tố liên quan độc lập, với kết quả trình bày dưới dạng OR và 95% CI; $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê. Độ phù hợp của mô hình được đánh giá bằng kiểm định Hosmer–Lemeshow.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện sau khi được chấp thuận bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của

Trường Đại học Nam Cần Thơ theo Quyết định số 34/2026/PCT-HĐYĐ ngày 01/10/2025 và Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. Thai phụ tham gia hoàn toàn tự nguyện, được đảm bảo bảo mật thông tin cá nhân và có quyền từ chối hoặc rút lui khỏi nghiên cứu bất cứ lúc nào mà không ảnh hưởng đến quá trình điều trị.

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 (n=102)

	Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	$18 \leq 35$	60	58,8
	≥ 35	42	41,2
	GTTB $\pm$ ĐLC	31,76 $\pm$ 7,49	
Nghề nghiệp	Lao động trí óc	6	5,9
	Lao động chân tay	96	94,1
Tăng cân trong thai kỳ	$<10\text{kg}$	18	17,6
	$10 - 20\text{ kg}$	79	77,5
	$> 20\text{ kg}$	5	4,9
Quản lý thai sản	Có khám thai	95	93,1
	Không khám thai	7	6,9
Tiền thai	Con so	37	36,3
	Con rạ	65	63,7
Số thai lần này	Đơn thai	100	98,0
	Đa thai	2	2,0
Tuổi thai lúc nhập viện	<34 tuần	11	10,8
	$34 - <37$ tuần	21	20,6
	≥ 37 tuần	70	68,6

Nhận xét: Trong số 102 thai phụ, tuổi trung bình là $31,76 \pm 7,49$ tuổi, trong đó nhóm 18 đến dưới 35 tuổi chiếm 58,8%. Đa số đối tượng là lao động chân tay (94,1%) và tăng cân từ 10–20 kg trong thai kỳ (77,5%). Ngoài ra, phần lớn thai phụ có khám thai trong thai kỳ (93,1%), là con rạ (63,7%) và mang đơn thai (98,0%). Đa số thai phụ nhập viện khi tuổi thai từ 37 tuần trở lên (68,6%), trong khi tỷ lệ nhập viện trước 34 tuần chiếm 10,8%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của thai phụ tiền sản giật

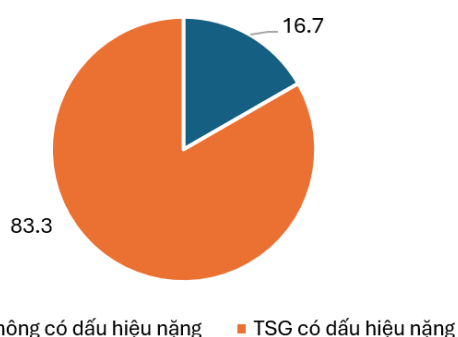
Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của thai phụ tiền sản giật (n=102)

	Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tăng huyết áp nặng theo ACOG	Không (HATT <160 mmHg và HATTr <110 mmHg)	65	63,7
	Có (HATT ≥ 160 mmHg hoặc HATTr ≥ 110 mmHg)	37	36,3
Giảm tiểu cầu	Có	9	8,8
	Không	93	91,2
AST	<40 IU/L	89	87,3
	$40 - <70$ IU/L	8	7,8
	≥ 70 IU/L	5	4,9
ALT	<40 IU/L	97	95,1
	$40 - <70$ IU/L	0	0,0
	≥ 70 IU/L	5	4,9
LDH	<300 IU/L	11	10,8
	≥ 300 IU/L	91	89,2

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Ure	< 2,5 mmol/l	18	17,6
	2,5 – 7,5 mmol/l	76	74,5
	>7,5 mmol/l	8	7,8
Creatinin	<53 μ mol/l	55	53,9
	53 – 100 μ mol/l	42	41,2
	>100 μ mol/l	5	4,9
Acid uric	<150 μ mol/l	1	1,0
	150 – 360 μ mol/l	52	51,0
	>360 μ mol/l	49	48,0
Protein niệu	<500 mg/L	72	70,6
	$\geq$ 500 mg/L	30	29,4

Nhận xét: Kết quả Bảng 2 cho thấy 36,3% thai phụ có tăng huyết áp nặng theo tiêu chuẩn của ACOG và 91,2% không có tình trạng giảm tiểu cầu. Đa số thai phụ có LDH tăng (89,2%) và gần một nửa có acid uric >360 μ mol/L (48,0%); tỷ lệ ure >7,5 mmol/L chiếm 7,8%.

3.3. Phân loại tiền sản giật



Hình 1. Phân loại tiền sản giật (n=102)

Nhận xét: Hình 1 cho thấy tỷ lệ thai phụ có dấu hiệu tiền sản giật nặng chiếm đa số (83,3%, 85/102).

3.4. Các yếu tố liên quan đến mức độ tiền sản giật của thai phụ

Bảng 3. Mối liên quan giữa các đặc điểm đến mức độ tiền sản giật của thai phụ

Thông tin chung		Mức độ tiền sản giật		p
		Không có dấu hiệu nặng (n=17) (n;%)	Có dấu hiệu nặng (n=85) (n;%)	
Đặc điểm chung				
Tuổi	18 - <35	8 (47,1)	52 (61,2)	0,280
	≥ 35	9 (52,9)	33 (38,8)	
Nghề nghiệp	Lao động trí óc	0 (0,0)	6 (7,1)	0.568
	Lao động chân tay	17 (100)	79 (92,9)	
Đặc điểm thai kỳ lần này				
Tăng cân trong thai kỳ	<10kg	4 (23,5)	14 (16,5)	0,923
	10 – 20 kg	11 (64,7)	68 (80,0)	
	> 20 kg	2 (11,8)	3 (3,5)	
Quản lý thai sản	Có khám thai	15 (88,2)	80 (94,1)	0.330
	Không khám thai	2 (11,8)	5 (5,9)	
Tiền thai	Con so	2 (11,8)	35 (41,2)	0,026
	Con rạ	15 (88,2)	50 (58,8)	
Số thai lần này	Đơn thai	16 (94,1)	84 (98,8)	0,307
	Đa thai	1 (5,9)	1 (1,2)	
Tuổi thai lúc nhập viện	<34 tuần	4 (23,6)	7 (8,2)	0,048
	34 - <37 tuần	3 (17,6)	18 (21,2)	
	≥37 tuần	10 (58,8)	60 (70,6)	

Fisher exact test

Nhận xét: Kết quả Bảng 3 cho thấy tỷ lệ thai phụ sinh con so ở nhóm tiền sản giật có dấu hiệu nặng cao hơn nhóm không có dấu hiệu nặng (41,2% so với 11,8%; $p = 0,026$). Đồng thời, tuổi thai lúc nhập viện cũng khác biệt giữa hai nhóm ($p = 0,048$).

Bảng 4. Mối liên quan giữa đặc điểm cận lâm sàng đến mức độ tiền sản giật của thai phụ

Thông tin chung		Mức độ tiền sản giật		p
		Không có dấu hiệu nặng (n=17) (n;%)	Có dấu hiệu nặng (n=85) (n;%)	
Tăng huyết áp nặng theo ACOG	Không	12 (18,5)	53 (81,5)	0,519
	Có	5 (13,5)	32 (86,5)	
Giảm tiểu cầu	Có	1 (11,1)	8 (88,9)	0,640
	Không	16 (17,2)	77 (82,8)	
AST	<40 IU/L	15 (88,2)	74 (87,1)	0,592
	40 - <70 IU/L	2 (11,8)	6 (7,1)	
	$\geq$ 70 IU/L	0 (0,0)	5 (5,9)	
ALT	<40 IU/L	17 (100)	80 (94,1)	0,394
	$\geq$ 70 IU/L	0 (0,0)	5 (5,9)	
LDH	<300 IU/L	17 (100)	74 (87,1)	0,120
	$\geq$ 300 IU/L	0 (0,0)	11 (12,9)	
Ure	< 2,5 mmol/l	3 (17,6)	15 (17,6)	0,722
	2,5 – 7,5 mmol/l	12 (70,6)	64 (75,3)	
	>7,5 mmol/l	2 (11,8)	6 (7,1)	
Creatinin	<53 μ mol/l	8 (47,1)	47 (55,3)	0,881
	53 – 100 μ mol/l	9 (52,9)	33 (38,8)	
	>100 μ mol/l	0 (0,0)	5 (5,9)	
Acid uric	<150 μ mol/l	0 (0,0)	1 (1,2)	0,610
	150 – 360 μ mol/l	10 (58,8)	42 (49,4)	
	>360 μ mol/l	7 (41,2)	42 (49,4)	
Protein niệu	<500 mg/L	5 (29,4)	67 (78,8)	<0,001
	$\geq$ 500 mg/L	12 (70,6)	18 (21,2)	

Fisher exact test

Nhận xét: Kết quả Bảng 4 cho thấy tỷ lệ thai phụ có protein niệu $\geq$ 500 mg/L ở nhóm tiền sản giật có dấu hiệu nặng cao hơn đáng kể so với nhóm không có dấu hiệu nặng (78,8% so với 29,4%). Ngược lại, tỷ lệ thai phụ có protein niệu <500 mg/L ở nhóm không có dấu hiệu nặng cao hơn nhóm có dấu hiệu nặng (70,6% so với 21,2%) ($p < 0,001$). Không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa mức độ tiền sản giật với tăng huyết áp nặng, giảm tiểu cầu, các chỉ số AST, ALT, LDH, ure, creatinin và acid uric ($p > 0,05$).

Bảng 5. Hồi quy đa biến các yếu tố liên quan đến mức độ tiền sản giật của thai phụ

Biến	OR (ExpB)	KTC 95%	p
Tiền thai			
Con so	ref		
Con rạ	5,967	1,105 – 32,213	0,038
Tuổi thai lúc nhập viện			
< 34 tuần	ref		
34 $\leq$ 37 tuần	1,641	0,300 – 8,976	0,568
$\geq$ 37 tuần	2,266	0,440 – 11,677	0,328
Protein niệu			
<500 mg/L	ref		
$\geq$ 500 mg/L	10,146	2,626 – 39,195	<0,001

Biến phụ thuộc: tiền sản giật có dấu hiệu nặng (0 = không; 1 = có). Mô hình hồi quy đa biến gồm 3 biến độc lập. Kiểm định Hosmer–Lemeshow: $p = 0,609$.

Nhận xét: Kết quả hồi quy logistic đa biến cho thấy, sau khi hiệu chỉnh theo các biến trong mô hình, tiền thai và protein niệu là các yếu tố liên quan độc lập đến tiền sản giật có dấu hiệu nặng. Thai phụ con rạ có odds xuất hiện tiền sản giật có dấu hiệu nặng cao hơn so với con so (OR = 5,97; KTC 95%: 1,11–32,21; $p = 0,038$). Tuy nhiên, khoảng tin cậy rộng cho thấy độ chính xác của ước lượng còn hạn chế và kết quả cần được diễn giải thận trọng. Thai phụ có protein niệu ≥ 500 mg/L có odds xuất hiện tiền sản giật có dấu hiệu nặng cao hơn so với nhóm có protein niệu < 500 mg/L (OR = 10,15; KTC 95%: 2,63–39,20; $p < 0,001$). Tuổi thai lúc nhập viện không liên quan có ý nghĩa thống kê với tiền sản giật có dấu hiệu nặng ($p > 0,05$). Kiểm định Hosmer–Lemeshow cho thấy mô hình có độ phù hợp tốt với dữ liệu ($p = 0,609$).

4. BÀN LUẬN

Mức độ nặng của tiền sản giật ở thai phụ

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ thai phụ tiền sản giật có dấu hiệu nặng chiếm 83,3% (85/102 trường hợp), cho thấy đa số người bệnh nhập viện thuộc nhóm nguy cơ cao cần được theo dõi và xử trí kịp thời. Kết quả này có thể liên quan đến đặc điểm của Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ là cơ sở tuyến cuối khu vực Đồng bằng sông Cửu Long, thường tiếp nhận các trường hợp nặng hoặc chuyển tuyến. Theo ACOG, tiền sản giật có dấu hiệu nặng liên quan đến tăng huyết áp nặng hoặc tổn thương cơ quan đích như suy thận, rối loạn chức năng gan, giảm tiểu cầu, phù phổi và các triệu chứng thần kinh – thị giác [2]. Bộ Y tế cũng nhấn mạnh vai trò của sàng lọc, phát hiện sớm và quản lý thai phụ nguy cơ cao nhằm hạn chế tiến triển nặng của bệnh [3].

So với một số nghiên cứu trong nước, tỷ lệ tiền sản giật có dấu hiệu nặng trong nghiên cứu này cao hơn, có thể do khác biệt về tuyến điều trị, đặc điểm đối tượng và thời điểm nhập viện [5–6]. Trên thế giới, phân tích gộp của Vera-Ponce và cộng sự (2025) cho thấy tiền sản giật, sản giật và hội chứng HELLP vẫn là gánh nặng đáng kể đối với sức khỏe bà mẹ [1]. Tuy nhiên, do nghiên cứu được thực hiện tại bệnh viện tuyến cuối trên nhóm thai phụ đã được chẩn đoán tiền sản giật, tỷ lệ có dấu hiệu nặng cao là phù hợp với bối cảnh lâm sàng.

4.2. Một số yếu tố liên quan đến mức độ nặng của tiền sản giật

Kết quả hồi quy logistic đa biến cho thấy protein niệu ≥ 500 mg/L và tiền thai là hai yếu tố liên quan độc lập đến tiền sản giật có dấu hiệu nặng. Trong đó, protein niệu ≥ 500 mg/L làm tăng nguy cơ xuất hiện tiền sản giật có dấu hiệu nặng 10,15 lần so với nhóm < 500 mg/L (OR = 10,146; KTC 95%: 2,626–39,195; $p < 0,001$). Kết quả này phù hợp với cơ chế bệnh sinh của tiền sản giật, khi tổn thương nội mô và cầu thận làm tăng tính thấm màng lọc dẫn đến protein niệu. Mặc dù đa số thai phụ có protein niệu < 500 mg/L, nhưng nhóm ≥ 500 mg/L tập trung nhiều ở các trường hợp có dấu hiệu nặng, cho thấy đây vẫn là chỉ dấu quan trọng trong đánh giá mức độ bệnh. Nhận định này phù hợp với hướng dẫn của ACOG (2020) [2] và tổng quan của Fishel Bartal và cộng sự (2022) [7].

Thai phụ con rạ có nguy cơ xuất hiện tiền sản giật có dấu hiệu nặng cao hơn thai phụ con so 5,97 lần (OR = 5,967; KTC 95%: 1,105–32,213; $p = 0,038$). Tuy nhiên, kết quả này cần được diễn giải thận trọng do khoảng tin cậy rộng và có thể chịu ảnh hưởng của các yếu tố nhiễu cũng như cỡ mẫu hạn chế. Do đó, mối liên quan giữa tiền thai và mức độ nặng của bệnh cần được kiểm chứng thêm trong các nghiên cứu có quy mô lớn hơn.

Tuổi thai lúc nhập viện không còn liên quan có ý nghĩa thống kê sau khi hiệu chỉnh các yếu tố khác. Bên cạnh đó, đa số thai phụ chưa có tăng rõ AST, ALT và creatinin, trong khi LDH và acid uric tăng khá cao, cho thấy đánh giá mức độ nặng của tiền sản giật cần dựa trên sự phối hợp nhiều dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng. Các nghiên cứu trong nước [4–5] cũng như các hướng dẫn quốc tế [8–9] đều thống nhất rằng tiền sản giật là bệnh lý đa cơ quan, do đó việc đánh giá mức độ nặng cần kết hợp nhiều chỉ số như huyết áp, protein niệu, chức năng gan, thận, tiểu cầu và triệu chứng thần kinh – thị giác.

Nhìn chung, kết quả nghiên cứu nhấn mạnh vai trò của theo dõi protein niệu cùng các dấu hiệu tổn thương cơ quan trong quản lý thai phụ tiền sản giật, đặc biệt tại bệnh viện tuyến cuối. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu cần được diễn giải trong bối cảnh số trường hợp tiền sản giật không có dấu hiệu nặng còn hạn chế, làm cho một số ước lượng trong mô hình hồi quy, đặc biệt là biến tiền thai, có khoảng tin cậy rộng. Ngoài ra, nghiên cứu được thực hiện tại một bệnh viện tuyến cuối với phương pháp chọn mẫu thuận tiện trên các thai phụ nhập viện điều trị. Do đó, tỷ lệ tiền sản giật có dấu hiệu nặng trong nghiên cứu có thể cao hơn so với quần thể thai phụ mắc tiền sản giật trong cộng đồng hoặc tại các cơ sở y tế tuyến dưới. Vì vậy, kết quả về tỷ lệ tiền sản giật có dấu hiệu nặng cần được diễn giải trong bối cảnh của bệnh viện nghiên cứu và không nên khái quát trực tiếp cho cộng đồng.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ tiền sản giật có dấu hiệu nặng chiếm đa số, với 83,3%. Protein niệu ≥ 500 mg/L và tiền thai là các yếu tố liên quan độc lập đến tiền sản giật có dấu hiệu nặng, trong đó protein niệu ≥ 500 mg/L là yếu tố liên quan nổi bật nhất. Kết quả nghiên cứu nhấn mạnh vai trò của theo dõi protein niệu kết hợp với các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng trong phát hiện sớm nguy cơ diễn tiến nặng ở thai phụ tiền sản giật. Cần có thêm các nghiên cứu đa trung tâm với cỡ mẫu lớn hơn và theo dõi kết cục mẹ – trẻ sơ sinh để đánh giá toàn diện hơn các yếu tố liên quan.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Vera-Ponce VJ, Loayza-Castro JA, Ballena-Caicedo J, et al. Global prevalence of preeclampsia, eclampsia, and HELLP syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Front Reprod Health*. 2025 10;7:1706009. doi:10.3389/frph.2025.1706009
- [2] ACOG, Practice Bulletin. Gestational Hypertension and Preeclampsia: ACOG Practice Bulletin, Number 222. *Obstet Gynecol*. 2020;135(6):e237–e260. doi:10.1097/AOG.0000000000003891
- [3] Bộ Y tế. (2021). *Quyết định số 1511/QĐ-BYT về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn sàng lọc và điều trị đái tháo đường tiền sản giật"*. Văn phòng Bộ Y tế, Hà Nội.
- [4] Võ Minh Tiền, C Bùi Chí Thương. Kết cục thai kỳ và những yếu tố liên quan đến tiền sản giật nặng tại Bệnh viện Sản Nhi Trà Vinh. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2002;520(1):339–343. doi:10.51298/vmj.v520i1A.3803
- [5] Chung Thị Mỹ Nhung, Trần Quang Hiến, Lâm Đức Tâm. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả xử trí sản khoa ở thai phụ tiền sản giật tại Bệnh viện Đa khoa Sa Đéc tỉnh Đồng Tháp năm 2023–2024. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2024;2:47–51. doi: 10.51298/vmj.v539i2.9792
- [6] Mai Trọng Hưng, Đỗ Tuấn Đạt, Lê Văn 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*. 2024;540(2):225–230. doi:10.51298/vmj.v554i3.15846.
- [7] Fishel Bartal M, Lindheimer MD, Sibai BM. Proteinuria during pregnancy: Definition, pathophysiology, methodology, and clinical significance. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2022;226(2S):S819–S834. doi:10.1016/j.ajog.2020.08.108
- [8] Cunningham FG. Hypertensive disorders. In *Williams Obstetrics* (26th ed.). McGraw-Hill. 2022:1087–1127.
- [9] Scott G, Gillon TE, Pels A, von Dadelszen P, Magee LA. Guidelines-similarities and dissimilarities: a systematic review of international clinical practice guidelines for pregnancy hypertension. *Am J Obstet Gynecol*. 2022;226(2S):S1222–S1236. doi:10.1016/j.ajog.2020.08.018