

điều này cho thấy việc tuân thủ theo hướng dẫn của cán bộ, nhân viên y tế ngày càng cao.

Về số lần khám thai trong thời kỳ mang thai số phụ nữ mang thai khám thai từ 3 lần trở lên ở 3 tháng đầu, 3 tháng giữa, 3 tháng cuối lần lượt là 17,2%, 82,9%, 96,1%. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Đặng Thị Ngoãn⁸ là 11,4%, 65,6%, 88,4%. Điều này cho thấy khi tuổi thai lớn thì phụ nữ mang thai đã quan tâm hơn tới việc khám thai nhằm theo dõi sự phát triển của thai nhi và phát hiện được các bất thường.

V. KẾT LUẬN

Trong số 121 sản phụ đến khám tại khoa Sản của Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2024, nhiều phụ nữ có thực hành tốt về chăm sóc dinh dưỡng thời kỳ mang thai. Tuy nhiên vẫn cần có những tư vấn để cải thiện tình trạng dinh dưỡng phù hợp với những sản phụ ăn kiêng quá mức hoặc ăn bổ sung chưa hợp lý.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Black, R.E., Allen, L.H., Bhutta, Z.A., Caulfield, L.E., De Onis, M., et al.** Maternal and Child Undernutrition: Global and Regional Exposures and Health Consequences. 2018 Lancet, 371, 243-260.[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61690-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61690-0).

2. **Nguyen CL, Nguyen PTH, Chu TK, et al.** Cohort profile: maternal lifestyle and diet in relation to pregnancy, postpartum and infant health outcomes in Vietnam: A multicentre prospective cohort study. *BMJ Open*. 2017;7(9):e016794.
3. **ECA A NW.** The Cost of Hunger in Africa: Social and Economic Impact of Child Under nutrition in Egypt, Ethiopia, Swaziland and Uganda Background paper Abuja, Nigeria; 2014.
4. **Gao H, Stiller CK, Scherbaum V, Biesalski HK, Wang Q, Hormann E, Bellows AC.** Dietary intake and food habits of pregnant women residing in urban and rural areas of Deyang City, Sichuan Province, China. *Nutrients*. 2013 Jul 31;5(8):2933-54. doi: 10.3390/nu5082933. PMID: 23912325; PMCID: PMC3775236.
5. **Nguyễn Thị Quỳnh Trang** (2010) "Khẩu phần ăn và thay đổi cân nặng của phụ nữ mang thai tại hai xã Hùng Mỹ, Xuân Quang huyện Chiêm Hóa-Tuyên Quang", *Tạp chí nghiên cứu y học*(70) tr.6-11.
6. **Nguyễn Thị Tô Loan.** Kiến thức và thực hành chăm sóc dinh dưỡng của phụ nữ mang thai tại hai xã huyện Kim Bảng tỉnh Hà Nam năm 2012. *Khóa luận tốt nghiệp cử nhân Y Khoa, trường đại học Y Hà Nội.*
7. **Nguyễn Thị Vân.** Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố ảnh hưởng của phụ nữ có thai tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2017. *Khóa luận tốt nghiệp cử nhân Y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.*
8. **Đặng Thị Ngoãn.** Tình trạng dinh dưỡng, kiến thức và thực hành chăm sóc dinh dưỡng của phụ nữ mang thai tại huyện Duy Tiên- Tỉnh Hà Nam năm 2013. *Trường Đại học Y khoa Hà Nội, 2020.*

TỶ LỆ HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH SÂU CHI DƯỚI VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH SÂU CHI DƯỚI TRÊN BỆNH NHÂN BỆNH THẬN GIAI ĐOẠN CUỐI ĐẶT CATHETER ĐUI LỌC MÁU CẤP CỨU

**Tô Kim Phụng¹, Đỗ Thị Yến Nghi¹,
Nguyễn Như Nghĩa¹, Trần Thái Thanh Tâm¹**

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đặt catheter đui lọc máu cấp cứu là tình trạng khá phổ biến ở bệnh nhân bệnh thận giai đoạn cuối gây ra biến chứng như huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới với tỷ lệ ghi nhận được là 16,7%, triệu chứng chướng lắp có nguy cơ tử vong cao. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỷ lệ huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới ở bệnh nhân bệnh thận giai đoạn cuối đặt catheter đui lọc máu cấp cứu và một số yếu tố liên quan huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu ngẫu nhiên 50 bệnh nhân bệnh thận giai đoạn cuối đặt catheter đui lọc máu cấp cứu tại Khoa Thận-Thận

nhân tạo, Bệnh viện đa khoa Trung Ương Cần Thơ từ tháng 4/2023 đến tháng 4/2024. **Kết quả:** Trong 50 bệnh nhân tham gia nghiên cứu tuổi trung bình 55,64 ± 18,36, nam giới chiếm 40%, tỷ lệ huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới ở bệnh nhân bệnh thận giai đoạn cuối đặt catheter đui lọc máu cấp cứu 18%. Có mối liên quan giữa tiền sử mắc bệnh ung thư, tình trạng bất động với huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới với OR lần lượt là 15,6 (2,25-108,11), 39 (5,35-283,86) với p<0,001. Khi phân tích hồi quy logistic đa biến, các yếu tố ung thư và tình trạng bất động là những yếu tố tác động đồng thời gây nên huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới với giá trị p<0,05. Trên tổng số 9 bệnh nhân huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới có 2 bệnh nhân biểu hiện triệu chứng lâm sàng rõ ràng, 6 trên 9 bệnh nhân huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới có liên quan đến chân đặt catheter. **Kết luận:** Tỷ lệ huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới chiếm 18%, có mối liên quan đến tiền sử mắc bệnh ung thư, tình trạng bất động, chân đặt catheter. Đa số bệnh nhân huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới không biểu hiện triệu chứng lâm

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ
Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thị Yến Nghi
Email: drnghidothiye@gmail.com
Ngày nhận bài: 20.2.2025
Ngày phản biện khoa học: 24.3.2025
Ngày duyệt bài: 23.4.2025

sàng rõ ràng.

Từ khóa: bệnh thận giai đoạn cuối, catheter đùi, huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới, lọc máu cấp cứu.

SUMMARY

DEEP VEIN THROMBOSIS INCIDENCE IN LOWER EXTREMITIES AND ASSOCIATED FACTORS IN END-STAGE KIDNEY DISEASE PATIENTS UNDERGOING EMERGENT FEMORAL CATHETER PLACEMENT FOR HEMODIALYSIS

Background: Emergency femoral dialysis catheter placement, a common procedure in end-stage kidney disease patients, is associated with complications such as deep vein thrombosis of the lower extremities, with a reported incidence of 16.7%, overlapping symptoms with a high risk of mortality.

Objectives: To determine the rate of deep vein thrombosis of the lower extremities in end-stage kidney disease patients undergoing emergency femoral dialysis catheter placement and some related factors of deep vein thrombosis of the lower extremities. **Materials and methods:** A randomized study of 50 end-stage kidney disease patients undergoing emergency femoral dialysis catheter placement at the Nephrology-Hemodialysis Department, Can Tho Central General Hospital, from 2023-04 to 2024-04. **Results:** Among the 50 participating patients, the average age was 55.64 ± 18.36 , males accounted for 40%, and the rate of deep vein thrombosis of the lower extremities in end-stage kidney disease patients with emergency femoral dialysis catheters was 18%. There was a correlation between a history of cancer and immobility with deep vein thrombosis of the lower extremities with ORs of 15.6 (2.25-108.11) and 39 (5.35-283.86), respectively, with $p < 0.001$. In multivariate logistic regression analysis, cancer and immobility were factors that simultaneously caused DVT with a p-value < 0.05 . Out of a total of 9 patients with deep vein thrombosis of the lower extremities, 2 patients showed clear clinical symptoms, 6 out of 9 patients with deep vein thrombosis of the lower extremities were related to the catheterized leg. **Conclusions:** The rate of deep vein thrombosis of the lower extremities was 18%, correlated with a history of cancer, immobility, and the catheterized leg. The majority of patients with deep vein thrombosis of the lower extremities did not exhibit clear clinical symptoms. **Keywords:** end-stage kidney disease patients, double lumen catheter, deep vein thrombosis (DVT), hemodialysis.

Conclusions: The rate of deep vein thrombosis of the lower extremities was 18%, correlated with a history of cancer, immobility, and the catheterized leg. The majority of patients with deep vein thrombosis of the lower extremities did not exhibit clear clinical symptoms. **Keywords:** end-stage kidney disease patients, double lumen catheter, deep vein thrombosis (DVT), hemodialysis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Huyết khối tĩnh mạch sâu (HKTMS) là tình trạng bệnh lý do sự phát động và lan rộng bất hợp lý của phản ứng đông cầm máu của cơ thể, dẫn đến hình thành cục máu đông trong lòng mạch gây tắc một phần hoặc hoàn toàn một hoặc nhiều tĩnh mạch (TM) làm tăng gánh nặng về bệnh, kéo dài thời gian nằm viện và tăng chi phí điều trị [3].

Đặt ống thông tĩnh mạch trung tâm là một

trong những thủ thuật xâm lấn thường được sử dụng trên bệnh nhân bệnh thận giai đoạn cuối lọc máu cấp cứu. Vị trí đặt catheter thường nhất là tĩnh mạch đùi và biến chứng thường gặp nhất huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới (HKTMSCD)[4].

Tỷ lệ huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới được nghiên cứu trên nhóm đối tượng bệnh nặng cần lọc máu cấp cứu, bệnh nằm ở khoa ICU. Trên cơ sở đó, nghiên cứu này nghiên cứu "Tỷ lệ huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới và một số yếu tố liên quan huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới trên bệnh nhân bệnh thận giai đoạn cuối lọc máu cấp cứu" với mục tiêu xác định tỷ lệ huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới và một số yếu tố liên quan HKTMSCD ở bệnh nhân bệnh thận giai đoạn cuối đặt catheter đùi lọc máu cấp cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân (BN) được chẩn đoán bệnh thận giai đoạn cuối (ESKD) cần lọc máu cấp cứu (LMCC) tại bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ, thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên.
- Được chẩn đoán bệnh thận giai đoạn cuối theo KDIGO 2023.
- Có chỉ định đặt catheter tĩnh mạch đùi lọc máu cấp cứu.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Không đặt được catheter đùi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu

- **Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu.**

Chọn mẫu thuận tiện theo tiêu chuẩn nhón và tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian nghiên cứu, thu được 50 mẫu.

- **Biến số nghiên cứu**

+ Đặc điểm chung BN ESKD cần lọc máu cấp cứu: tuổi, giới tính, BMI, đái tháo đường type 2.

+ Tỷ lệ HKTMSCD ở BN ESKD đặt catheter đùi lọc máu cấp cứu.

+ Một số yếu tố liên quan đến HKTMSCD ở bệnh nhân bệnh thận giai đoạn cuối đặt catheter đùi lọc máu cấp cứu: tiền sử ung thư, tình trạng bất động, sử dụng hormon thay thế, hút thuốc lá, chân đặt catheter, triệu chứng lâm sàng, nguy cơ HKTMSCD theo thang điểm Wells.

- **Phân tích và xử lý số liệu.** Số liệu được nhập liệu và xử lý bằng phần mềm SPSS 23.0. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm, các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn

nếu biến số có phân phối chuẩn; hoặc trung vị, giá trị lớn nhất, giá trị nhỏ nhất nếu biến số có phân phối không chuẩn. So sánh sự khác biệt

được đánh giá bằng kiểm định Chi-square hoặc T-test với mức có ý nghĩa $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

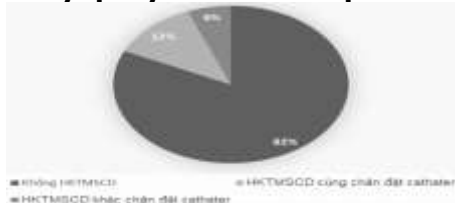
3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới		Tổng n (%)	p
		Không HKTMSCD	Có HKTMSCD		
Tuổi	<60 tuổi	24 (85,71%)	4 (14,29%)	28 (56%)	0,481
	≥60 tuổi	17 (77,27%)	5 (22,73%)	22 (44%)	
Tuổi trung bình: 55,64 ± 18,36					
Giới	Nam	14 (70%)	6 (30%)	20 (40%)	0,130
	Nữ	27 (90%)	3 (10%)	30 (60%)	
BMI (kg/m2)	<18,5	13 (100%)	0%	13 (26%)	0,154
	18,5-<23	17 (77,28%)	5 (22,72%)	22 (44%)	
	≥23	11 (73,33%)	4 (26,67%)	15 (30%)	
Đái tháo đường típ 2		16 (76,2%)	5 (23,8%)	21 (42%)	0,464

Nhận xét: Trong 50 BN có 20 nam chiếm 40%, tỷ lệ nam/nữ là 2/3. Nhóm tuổi từ 60 trở lên chiếm 44%, tuổi trung bình là $55,64 \pm 18,36$. BMI nhóm <18,5 chiếm tỷ lệ 26%, nhóm 18,5-<23 chiếm 44%, nhóm ≥23 chiếm 30%. Tỷ lệ bệnh nền đái tháo đường típ 2 chiếm 42% (21/50).

3.2. Tỷ lệ huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới ở BN ESKD đặt catheter đùi lọc máu cấp cứu



Biểu đồ 1: Tỷ lệ HKTMSCD trên bệnh nhân ESKD đặt catheter đùi lọc máu cấp cứu

Nhận xét: Tỷ lệ HKTMSCD trên 50 bệnh nhân bệnh thận giai đoạn cuối đặt catheter đùi lọc máu cấp cứu tham gia nghiên cứu chiếm 18% (9/50). Trên 9 bệnh nhân HKTMSCD có 6 BN có huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới cùng chân đặt catheter chiếm 12%.

3.3. Một số yếu tố liên quan HKTMSCD ở BN ESKD

Bảng 2. Một số yếu tố liên quan HKTMSCD

Biến số	Huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới		Tổng n (%)	OR 95%CI	p
	Không HKTMSCD	Có HKTMSCD			
Ung thư	2 (33,33%)	4 (66,67%)	6 (12%)	15,6 (2,25-108,11)	0,007
Điều trị hormon thay thế	1 (50%)	1 (50%)	2 (4%)	5 (0,28-88,52)	0,331
Hút thuốc lá	12 (66,67%)	6 (33,33%)	18 (36%)	4,8 (1,03-22,55)	0,055
Bất động	2 (25%)	6 (75%)	8 (16%)	39 (5,35-283,86)	<0,001

Nhận xét: Bệnh nhân có tiền sử bệnh lý ung thư chiếm 12% (6/50), trong đó 66,67% BN có HKTMSCD sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p là 0,007. Tiền sử sử dụng hormon thay thế ghi nhận 2/50 BN trong đó có 1 BN có HKTMSCD. Có 36% (18/50) BN hút thuốc lá, trong đó có 33,33% (6/18) có HKTMSCD. Bất động chiếm 16% (8/50) BN có tình trạng bất động, trong đó có 75% (6/8) BN có HKTMSCD sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Có mối liên quan giữa tiền sử mắc bệnh ung thư, tình trạng bất động với huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới với OR lần lượt là 15,6 (2,25-108,11), 39 (5,35-283,86) với $p < 0,001$. Khi phân tích hồi quy logistic đa biến, các yếu tố ung thư và tình trạng bất động là những yếu tố tác động đồng thời gây nên huyết khối tĩnh mạch sâu

chi dưới với giá trị $p < 0,05$.

Bảng 4. Nguy cơ HKTMSCD đánh giá theo thang điểm Wells

Thang điểm Wells	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nguy cơ thấp <1 điểm	0	0%
Nguy cơ trung bình 1-2 điểm	8	88,89%
Nguy cơ cao > 2 điểm	1	11,11%

Nhận xét: Trên 9 bệnh nhân HKTMSCD đánh giá theo thang điểm Wells có 88,89% nguy cơ trung bình, 11,11% nguy cơ cao và không có trường hợp nào nguy cơ thấp.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, BN nam chiếm 40%, nữ chiếm 60%. Nghiên cứu

của chúng tôi có tỷ lệ nam/nữ thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Rana S Hamid (2015) tỷ lệ nam giới chiếm 57,8%, nữ chiếm 42,2% [1], nghiên cứu của tác giả MirMohammad Miri (2017) tỷ lệ nam là 58,18%, nữ là 41,82% [6], nghiên cứu Ali Akbar Heydari và cộng sự (2014) tỷ lệ nam giới là 53,2%, nữ giới là 46,8% [7], nghiên cứu của tác giả Võ Thị Trúc Phưà (2020) tỷ lệ nam giới là 56,9% và nữ giới là 43,1% [8]. Tuy nhiên sự khác biệt giữa tỷ lệ nam và nữ chưa có ý nghĩa thống kê, điều này cho thấy tỷ lệ HKTMSCD ở nam và nữ như nhau. Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là $55,64 \pm 18,36$ tương tự với nghiên cứu của tác giả Rana S Hamid là $54,4 \pm 17,3$ [1]. Tỷ lệ HKTMSCD giữa 2 nhóm tuổi >60 tuổi và ≤ 60 tuổi khác biệt ghi nhận chưa có ý nghĩa thống kê.

BMI trong nghiên cứu chúng tôi, gầy chiếm 26%, trung bình chiếm 44%, thừa cân chiếm 30%. Trong đó BN có HKTMSCD trên 2 nhóm có BMI trung bình và thừa cân, không ghi nhận trường hợp nào có HKTMSCD xuất hiện ở nhóm BN có BMI gầy. Tỷ lệ HKTMSCD trên BN thừa cân chiếm 36,36%, cao hơn nhóm không thừa cân 29,41%. Khác biệt chưa ghi nhận có ý nghĩa thống kê. Tương tự với nghiên cứu của MEDENOX cũng ghi nhận béo phì không phải là yếu tố nguy cơ HKTMSCD [8].

Tỷ lệ bệnh nhân Đái tháo đường típ 2 là 42%, trong đó nhóm BN có HKTMSCD 23,8%. Khác biệt chưa ghi nhận có ý nghĩa thống kê ($p=0,464$).

4.2. Tỷ lệ huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới ở bệnh nhân bệnh thận giai đoạn cuối đặt catheter đùi lọc máu cấp cứu. Tiến hành khảo sát bằng siêu âm Doppler động mạch, tĩnh mạch chi dưới sau khi phân tích trên 50 BN, tỷ lệ huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới trên bệnh nhân suy thận mạn lọc máu cấp cứu ở nghiên cứu chúng tôi là 18% (9/50) cao hơn so với nghiên cứu trước đây là 16,7% (theo nghiên cứu Rana S Hamid) [1], và thấp hơn nghiên cứu của tác giả Võ Thị Trúc Phưà (2020) tỷ lệ HKTMSCD là 26,3%. Có thể lý giải sự khác biệt này do khác biệt về đối tượng nghiên cứu, đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là BN ESKD đặt catheter đùi lọc máu cấp cứu, đối tượng nghiên cứu của tác giả Võ Thị Trúc Phưà là BN nằm tại khoa ICU đặt catheter lọc máu cấp cứu có nhiều bệnh nền, bệnh nặng, lớn tuổi, nhiều yếu tố nguy cơ hơn. Đồng thời sự khác biệt về cỡ mẫu, dẫn đến việc có sự khác biệt về tỷ lệ huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới giữa các nhóm nghiên cứu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 7/9 BN HKTMSCD không biểu hiện triệu chứng trên lâm

sàng. Có 6/9 BN HKTMSCD liên quan đến chân đặt catheter. Đa số BN đều có nguy cơ hình thành HKTMSCD theo thang điểm Wells là trung bình, cao được đánh giá tại thời điểm nhập viện.

4.3. Một số yếu tố liên quan đến HKTMS chi dưới. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 36% (18/50) BN hút thuốc lá, đa số là nam giới, tỷ lệ HKTMSCD chiếm 33,33%, sự khác biệt chưa ghi nhận có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ mắc ung thư là 12% (6/50) trong đó có 4 ca xuất hiện HKTMSCD, sự khác biệt ghi nhận có ý nghĩa thống kê ($p<0,001$). Tỷ lệ điều trị hormone thay thế 4% (2/50), tất cả là nữ giới trong đó có 1 BN phát triển HKTMSCD. Tỷ lệ bất động 16% (8/50), có 12% BN phát triển thành HKTMSCD, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p<0,001$) [5]. Có mối liên quan giữa tiền sử mắc bệnh ung thư, tình trạng bất động với huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới với OR lần lượt là 15,6 (2,25-108,11), 39 (5,35-283,86) với $p<0,001$. Khi phân tích hồi quy logistic đa biến, các yếu tố ung thư và tình trạng bất động là những yếu tố tác động đồng thời gây nên huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới với giá trị $p<0,05$.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ HKTMSCD ghi nhận trên nhóm bệnh nhân bệnh thận giai đoạn cuối đặt catheter đùi lọc máu cấp cứu 18% (9/50). Khi phân tích hồi quy logistic đa biến, các yếu tố ung thư và tình trạng bất động là những yếu tố tác động đồng thời gây nên HKTMSCD với giá trị $p<0,05$.

VI. KIẾN NGHỊ

Cần sử dụng thang điểm Wells đánh giá nguy cơ HKTMSCD cho tất cả bệnh nhân bệnh thận giai đoạn cuối đặt catheter đùi lọc máu cấp cứu, và sử dụng thuốc kháng đông dự phòng cho tất cả BN có nguy cơ trung bình - cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phưà Võ Thị Trúc**, Nghiên cứu tình hình và đánh giá kết quả điều trị huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới ở bệnh nhân tại khoa Hồi sức tích cực-chống độc Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ năm 2019-2020, 2020, 36.
2. **Trí Nguyễn Văn**. (2014), "Bệnh thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch", Chi nhánh TP Hồ Chí Minh, Nhà xuất bản Y học, tr.1-40
3. **Ali Akbar Heydari (MD), et al.** (2015), "The role of daily measurement of lower limb circumference in early diagnosis of deep vein thrombosis in the presence of other risk factors in patients admitted to Infectious Diseases Ward of Imam Reza Hospital, Mashhad, during 2012-2013", Patient Safety and Quality Improvement Journal, 2015, 286-290., 3(4), pp.286-290.
4. **Alikhan R, Cohen A.T., Combe S.** (2004), "Risk Factors for Venous Thromboembolism in

Hospitalized Patient With Acute Medical Illness: Analysis of the MEDENOX Study", Arch. Intern. Med., 164(9), pp.963-968.

5. **Ayatollahzade I. F., Pashang M., Omran A.S., Saadat S., et al** (2013), "Comparing the impact of supine and leg elevation positions during coronary artery bypass graft on deep vein thrombosis occurrence: a randomized clinical trial study", Journal of Vascular Nursing, 31(2), pp. 64-67.
6. **Hamid RS, Kakaria AK, Khan SA, Mohammed S, Al-Sukaiti R, Al-Riyami D et al.** Safety and complications of double-lumen tunneled cuffed central venous dialysis catheters:

clinical and radiological perspective from a tertiary centre in Oman. Sultan Qaboos Univ Med J. 2015;15(4): e501-6. PubMed| Google Scholar

7. **Mir Mohammad Miri, Reza Goharani, Mohammad Sistanizad** (2017), "Deep Vein Thrombosis among Intensive Care Unit Patients; an Epidemiologic Study", Emergency, 5 (1): e13,
8. **Parienti J-J, Mongardon N, Mégarbane B, Mira J-P, Kalfon P, Gros A et al.** Intravascular complications of central venous catheterization by insertion site. N Engl J Med. 2015;373(13): 1220-9. PubMed| Google Scholar

NGHIÊN CỨU SỰ TĂNG NỒNG ĐỘ LEPTIN HUYẾT THANH VỚI NGUY CƠ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ

Trần Khánh Nga¹, Cao Ngọc Thành²,
Phạm Văn Linh³, Nguyễn Thị Thu¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nồng độ leptin huyết thanh ở thai phụ đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) cao hơn đáng kể so với thai phụ khỏe mạnh. Sự tăng nồng độ leptin có thể là một yếu tố nguy cơ của ĐTĐTK cũng như có thể là một dấu ấn sinh học tiềm năng trong dự đoán ĐTĐTK. **Mục tiêu:** đánh giá sự gia tăng nồng độ leptin huyết thanh với nguy cơ đái tháo đường thai kỳ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu bệnh - chứng trên thai phụ có tuổi thai từ 24 – 28 tuần được thực hiện nghiệm pháp dung nạp đường uống 75g – 2 giờ tại Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ, chẩn đoán ĐTĐTK theo tiêu chuẩn của ADA và Bộ Y tế Việt Nam 2018 với 68 thai phụ cho mỗi nhóm. Định lượng leptin huyết thanh bằng phương pháp miễn dịch liên kết men (ELISA). **Kết quả:** Nồng độ leptin huyết thanh của nhóm thai phụ ĐTĐTK là $9,45 \pm 6,33$ ng/ml, của nhóm thai phụ không ĐTĐTK là $7,52 \pm 4,52$ ng/ml, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,043$. Nhóm thai phụ có nồng độ leptin huyết thanh $\geq 10,3$ ng/ml có nguy cơ ĐTĐTK cao hơn so với nhóm thai phụ có nồng độ leptin huyết thanh $< 10,3$ ng/ml, tuy nhiên, chưa ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$ ($OR=1,97$ (KTC95% 0,94-4,16)). Thai phụ không thừa cân – béo phì nhưng có tăng nồng độ leptin sẽ tăng nguy cơ ĐTĐTK với $OR=2,69$ (KTC95% 1,11-6,51), thai phụ thừa cân – béo phì và có tăng nồng độ leptin sẽ tăng nguy cơ ĐTĐTK với $OR=3,68$ (KTC95% 1,07-14,02). **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy nồng độ leptin huyết thanh ở nhóm thai phụ ĐTĐTK cao hơn nhóm không có ĐTĐTK, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tuy

hiện, nghiên cứu chưa tìm thấy mối liên quan giữa tăng nồng độ leptin với nguy cơ ĐTĐTK. **Từ khóa:** đái tháo đường thai kỳ, ĐTĐTK, leptin huyết thanh.

SUMMARY

INCREASED SERUM LEPTIN CONCENTRATIONS WITH RISK OF GESTATIONAL DIABETES MELLITUS

Background: Serum leptin concentration in women with gestational diabetes mellitus (GDM) is significantly higher compared to healthy pregnant women. Higher levels of serum leptin may be a risk factor as well as a potential biomarker in predicting for GDM. **Objectives:** Evaluate the increase in serum leptin concentration with the risk of GDM. **Materials and methods:** A case-control study on pregnant women at 24-28 weeks who underwent a OGTT 75g-2 hour at Can Tho Hospital of Obstetrics and Gynecology. GDM was diagnosed according to the ADA and Vietnam Ministry of Health 2018 criteria, with 68 pregnant women for each group. Serum leptin levels were quantified by enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA). **Results:** The serum leptin concentration in GDM group was 9.45 ± 6.33 ng/ml, in non-GDM group was 7.52 ± 4.52 ng/ml, the difference was statistically significant ($p = 0.043$). Pregnant women with serum leptin levels ≥ 10.3 ng/ml had a higher risk of GDM than pregnant women with levels < 10.3 ng/ml, however, there was no statistically significant difference with $p>0.05$ ($OR=1.97$ (95% CI 0.94-4.16)). Pregnant women who are normal weight have increased leptin levels will have an increased risk of GDM ($OR = 2.69$, 95% CI 1.11-6.51), pregnant women who are overweight or obese and have increased leptin concentration will have an increased risk of GDM with $OR=3.68$ (95% CI 1.07-14.02). **Conclusion:** The study showed that serum leptin concentration in GDM is higher than in the non-GDM with statistically significant difference. However, the study did not find a association between elevated leptin levels and the risk of GDM. **Keywords:**

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Trường Đại học Y Dược – ĐH Huế

³Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng

Chịu trách nhiệm chính: Trần Khánh Nga

Email: tknga@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 20.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.3.2025

Ngày duyệt bài: 23.4.2025