

- cắt lớp vi tính lồng ngực liều thấp", Tạp Chí Y Học Việt Nam tập 537, 378-381.
6. **Trịnh Việt Anh, Vũ Hồng Anh, Phạm Thị Thanh Loan** (2024). "Đánh giá kết quả bước đầu sàng lọc phát hiện ung thư phổi ở bệnh nhân có nguy cơ cao bằng chụp cắt lớp vi tính liều thấp tại Bệnh Viện E", Tạp Chí Y Học Việt Nam, tập 538, 82-85.
 7. **Đông Đức Hưng** (2014). "Nhiên cứu phương pháp sinh thiết xuyên thành ngực trong chẩn đoán tổn thương phổi", Luận Án Tiến Sĩ Y Học.
 8. **Nguyễn Quang Trung** (2019). "Đánh giá kết quả sinh thiết xuyên thành ngực dưới hướng dẫn của cắt lớp vi tính kết hợp robot Maxio dẫn đường trong chẩn đoán mô bệnh học các khối u ở phổi", Tạp chí y dược lâm sàng 108, 162-166.

MỐI LIÊN QUAN SINH HÓA MÁU VỚI MỨC ĐỘ NẶNG Ở THAI PHỤ TIỀN SẢN GIẬT TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THÀNH PHỐ CẦN THƠ

Dương Mỹ Linh¹, Nguyễn Khiêm Thắng¹,
Bùi Quang Nghĩa¹, Dương Thị Khao Ry¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: tiền sản giật là nguyên nhân chủ yếu gây tử vong mẹ và chu sinh trên toàn thế giới. Một số xét nghiệm có thể hữu ích trong việc xác định mức độ tổn thương cơ quan khi mắc bệnh, giúp các nhà sản khoa phát hiện kịp thời, kiểm soát hiệu quả bệnh và các biến chứng. **Mục tiêu nghiên cứu:** xác định nồng độ và mối liên quan giữa nồng độ một số chỉ số sinh hóa máu với mức độ nặng ở thai phụ tiền sản giật tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 114 thai phụ tiền sản giật được chẩn đoán theo tiêu chuẩn của Bộ Y Tế tại Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ từ tháng 6 đến tháng 12 năm 2024. Thai phụ khám và hỏi bệnh, được làm xét nghiệm sinh hóa máu, đánh giá mức độ tiền sản giật và theo dõi kết quả điều trị bệnh. **Kết quả:** nồng độ trung bình của axit uric là $363,8 \pm 106,5 \mu\text{mol/l}$; Ure huyết thanh là $4,8 \pm 7,8 \text{ mmol/l}$; creatinin huyết thanh $58,8 \pm 18,3 \mu\text{mol/l}$; AST $22,4 \pm 15,3 \text{ U/l}$; ALT $18,8 \pm 20,1 \text{ U/l}$; LDH $289 \pm 100,2 \text{ U/L}$. Các nồng độ của axit uric, creatine, ure, AST, ALT, LDH càng tăng thì làm tăng nguy cơ tiền sản giật nặng với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. **Kết luận:** Các giá trị nồng độ sinh hóa máu thay đổi nhiều theo mức độ nặng của bệnh tiền sản giật.

Từ khóa: chỉ số sinh hóa máu axit uric, Ure, creatine, AST, ALT, LDH, tiền sản giật.

SUMMARY

ASSOCIATION OF BLOOD BIOCHEMISTRY WITH SEVERITY IN PREECLAMPSIA PREGNANT WOMEN AT CAN THO OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Background: Preeclampsia is a leading cause of maternal and perinatal mortality worldwide. Certain laboratory tests may be useful in determining the extent of organ damage in affected patients, aiding

obstetricians in timely diagnosis, effective disease management, and complication control. **Objective:** To determine the concentrations and correlation of selected blood biochemical markers with disease severity in preeclamptic pregnant women at Can Tho Obstetrics and Gynecology Hospital. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 114 preeclamptic pregnant women diagnosed according to the Ministry of Health criteria at Can Tho Obstetrics and Gynecology Hospital from May to december 2024. Patients underwent clinical examination, medical history assessment, blood biochemical testing, preeclampsia severity evaluation, and treatment outcome monitoring. **Results:** The mean serum uric acid concentration was $363.8 \pm 106.5 \mu\text{mol/L}$; serum urea was $4.8 \pm 7.8 \text{ mmol/L}$; serum creatinine was $58.8 \pm 18.3 \mu\text{mol/L}$; AST was $22.4 \pm 15.3 \text{ U/L}$; ALT was $18.8 \pm 20.1 \text{ U/L}$; and LDH was $289 \pm 100.2 \text{ U/L}$. Higher levels of uric acid, creatinine, urea, AST, ALT, and LDH were significantly associated with an increased risk of severe preeclampsia ($p < 0.05$). **Conclusion:** Blood biochemical parameters vary significantly with preeclampsia severity.

Keywords: blood biochemical markers, uric acid, urea, creatinine, AST, ALT, LDH, preeclampsia.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiền sản giật là bệnh lý thường gặp trong thai kỳ, chiếm khoảng 5 - 15% trong tổng số thai kỳ và là nguyên nhân chủ yếu gây tử vong mẹ và chu sinh trên toàn thế giới, ở Việt Nam xuất độ xảy ra tiền sản giật khoảng 5 - 10% thai phụ. Tiền sản giật nổi bật với tần suất xảy ra cao đi kèm với các biến chứng phức tạp. Biến chứng ở thai nhi bao gồm thai giới hạn tăng trưởng trong buồng tử cung, sinh non hoặc tử vong chu sinh. Biến chứng ở thai phụ bao gồm suy thận, hội chứng HELLP (Hemolysis- Elevated Liver enzyme- Low plateletes), suy gan, phù não, sản giật và có thể dẫn đến tử vong [1]. Tiền sản giật là một rối loạn thai kỳ có thể gây ảnh hưởng đến phần lớn các cơ quan trong cơ thể, đặc trưng bởi một loạt các dấu hiệu và triệu chứng, bao gồm

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Dương Mỹ Linh

Email: dmlinh@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.4.2025

Ngày duyệt bài: 9.5.2025

sự khởi phát của tăng huyết áp (khi huyết áp tâm thu ≥ 140 mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương là ≥ 90 mmHg) và protein niệu (xuất hiện từ 0,3g/24 giờ) xảy ra sau tuần thứ 20 của thai kỳ, thường kết hợp với phù và tăng axit uric máu [2]. Trong đó, rối loạn nồng độ sinh hóa máu ảnh hưởng đến kết cục thai kỳ trên thai phụ tiền sản giật nhất là 3 tháng cuối thai kỳ. Đã có nhiều nghiên cứu trên thế giới về tiền sản giật có liên quan đến sự thay đổi các chỉ số sinh hóa, huyết học như rối loạn chức năng gan, chức năng thận, giảm tiểu cầu và tăng nồng độ CRP (C-reactive protein) [3]. Điều đó cho thấy, một số xét nghiệm có thể hữu ích trong việc xác định mức độ tổn thương cơ quan trong bệnh lý tiền sản giật, giúp các nhà lâm sàng sản khoa phát hiện kịp thời, kiểm soát hiệu quả bệnh và các biến chứng. Nhằm đánh giá sự thay đổi các chỉ số sinh hóa máu ở thai phụ tiền sản giật để có hướng xử trí tốt hơn trên lâm sàng. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với 2 mục tiêu:

1. Xác định nồng độ một số chỉ số sinh hóa máu ở thai phụ tiền sản giật tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ.

2. Tìm hiểu mối liên quan giữa nồng độ một số chỉ số sinh hóa máu với mức độ nặng ở thai phụ tiền sản giật tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả thai phụ nhập viện và điều trị vì tiền sản giật tại Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ trong thời gian từ tháng 6 đến tháng 12 năm 2024.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Những thai phụ được chẩn đoán tiền sản giật theo tiêu chuẩn của Bộ Y Tế ban hành năm 2021 [3].

Huyết áp (HA) $\geq 140/90$ mmHg sau tuần 20 của thai kỳ. Và Protein/ niệu ≥ 300 mg/24 giờ.

Hoặc Protein niệu âm tính nhưng có một trong các dấu hiệu sau:

- + Huyết áp $\geq 160/110$ mm Hg.
- + Thiếu niệu, nước tiểu < 500 ml/ 24 giờ.
- + Creatinine huyết tương $> 1,3$ mg/dL.
- + Tiểu cầu $< 100.000/\text{mm}^3$.
- + Tăng men gan ALT (alanine transaminase), AST (aspartate aminotransferase) gấp đôi giá trị bình thường (Bình thường ALT < 42 UI/L, AST < 34 UI/L).

- + Axit uric tăng $> 360\mu\text{mol/l}$.
 - + Thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung.
 - + Nhức đầu hay nhìn mờ.
 - + Đau vùng thượng vị hoặc hạ sườn phải.
- Thai phụ đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Thai phụ có bệnh lý

nội khoa trước khi mang thai như: viêm cầu thận, hội chứng thận hư, bệnh tim, bệnh gan, rối loạn chuyển hoá, gout, tăng huyết áp mãn tính trước khi mang thai... Thai phụ rối loạn ý thức, tâm thần.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, có phân tích.

Cỡ mẫu: 114 thai phụ tiền sản giật nhập viện điều trị tại bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ từ tháng 6 đến tháng 12 năm 2024.

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện.

Nội dung nghiên cứu: thai phụ được chẩn đoán tiền sản giật theo hướng dẫn của Bộ Y Tế ban hành năm 2021 sẽ được hỏi bệnh sử, tiền sử, khám thai và siêu âm làm xét nghiệm máu tổng quát và sinh hóa axit uric, creatine, ure, AST, ALT, LDH (Lactate dehydrogenase) huyết thanh; ghi nhận kết quả, đánh giá mức độ tiền sản giật. Sau đó, xác định mối liên quan giữa nồng độ sinh hóa máu với mức độ nặng của tiền sản giật.

Tiêu chuẩn tiền sản giật nặng: Khi có ít nhất một trong các dấu hiệu sau: huyết áp tâm thu ≥ 160 mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương ≥ 110 mmHg, giảm tiểu cầu với số lượng tiểu cầu $< 100.000/\text{mm}^3$, Protein niệu $\geq 5\text{g}/24$ giờ, có rối loạn thị giác và tri giác, đau đầu kéo dài, không đáp ứng với thuốc giảm đau thông thường, đau vùng thượng vị hoặc phần tư trên của hạ sườn phải, phù phổi hoặc xanh tím, thiếu niệu: Lượng nước tiểu $< 400\text{ml}/24$ giờ, tăng men gan, creatinin huyết tăng gấp đôi giá trị bình thường và thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung.

Phương pháp thu thập số liệu: phỏng vấn thai phụ về tiền sử, bệnh sử, khám lâm sàng, siêu âm, xét nghiệm sinh hóa máu mẹ, ghi nhận triệu chứng bệnh và biến chứng nếu có.

2.3. Xử lý số liệu: phần mềm SPSS 22.0

2.4. Y đức: nghiên cứu được chấp thuận của Hội đồng Y đức trong nghiên cứu y sinh, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ số 24.262.HV/PCT-HĐĐD cấp ngày 28 tháng 6 năm 2024.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung	Tần số (n=114)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	< 35 tuổi	77
	≥ 35 tuổi	37
	Tuổi trung bình: $31,5 \pm 5,9$; nhỏ nhất 19 tuổi, lớn nhất 48 tuổi	
Nơi ở	Thành thị	66
	Nông thôn	48

Tuổi thai	<34 tuần	12	10,5
	34-37 tuần	17	14,9
	>37 tuần	85	74,6
	Tuổi thai trung bình: 36,9±3,1; nhỏ nhất 22 tuần, lớn nhất 41 tuần		

Nhận xét: Nhóm tuổi tập trung chủ yếu ở nhóm < 35 tuổi chiếm 67,5%; ≥ 35 tuổi chiếm 32,5%. Nơi ở chủ yếu là thành thị chiếm 57,9%. Tuổi thai chủ yếu > 37 tuần chiếm 74,6%.

3.2. Nồng độ một số chỉ số sinh hóa máu

Bảng 2. Nồng độ sinh hóa máu ở thai phụ tiền sản giật

Nồng độ sinh hóa máu trung bình	Tiền sản giật nhẹ	Tiền sản giật nặng	Chung
Axit uric (μmol/l)	342,3 ± 10,5	412,3 ± 20,1	363,8 ± 106,5
Ure huyết thanh (mmol/l)	3,8 ± 0,2	7,2 ± 2,3	4,8 ± 7,8
Creatinin huyết thanh (μmol/l)	56,5 ± 1,6	67,6 ± 4,1	58,8 ± 18,3
AST huyết thanh (U/L)	19,1 ± 1,1	29,8 ± 3,8	22,4 ± 15,3
ALT huyết thanh (U/L)	14,6 ± 1,5	28,2 ± 4,8	18,8 ± 20,1
LDH (U/L)	280,1 ± 10,5	309,5 ± 19,1	289 ± 100,2

Nhận xét: nồng độ trung bình của axit uric là 363,8 ± 106,5 μmol/l; Ure huyết thanh là 4,8 ± 7,8 mmol/l; Creatinin huyết thanh 58,8 ± 18,3 μmol/l; AST 22,4 ± 15,3 U/l; ALT 18,8 ± 20,1 U/l; LDH 289 ± 100,2 U/L.

3.3. Môi liên quan giữa nồng độ sinh hóa máu và mức độ nặng ở thai phụ tiền sản giật

Bảng 3. Môi liên quan giữa nồng độ sinh hóa máu và mức độ nặng ở thai phụ tiền sản giật

Yếu tố	Tiền sản giật		Tổng (n= 114, %)	OR KTC 95%
	Nhẹ (n =35)	Nặng (n=79)		
Axit uric (μmol/l)				
140 - 360	50 (78,1)	14 (21,9)	64 (100)	0,02
≥ 360	29 (58,0)	21 (42,0)	50 (100)	2,6 (1,1-5,9)
Ure huyết thanh (mmol/l)				
< 8,3	76 (73,8)	27 (26,2)	103 (100)	< 0,01
≥ 8,3	3 (27,3)	8 (72,7)	11 (100)	7,5 (1,9 -30,4)
Creatinin huyết thanh (μmol/l)				
< 115	78 (72,2)	30 (27,8)	108 (100)	< 0,01
≥ 115	1 (16,7)	5 (83,3)	6 (100)	13 (1,5- 115,9)
AST huyết thanh (U/L)				
< 34	74 (75,5)	24 (24,5)	98 (100)	< 0,01
≥ 34	5 (31,3)	11 (68,8)	16 (100)	6,8 (2,1-21,5)
ALT huyết thanh (U/L)				
< 42	75 (75,0)	25 (25,0)	100 (100)	< 0,01
≥ 42	4 (28,6)	10 (71,4)	14 (100)	7,5 (2,2-26,0)
LDH (U/l)				
< 225	29 (85,3)	5 (14,7)	34 (100)	0,02
≥ 225	50 (62,5)	30 (37,5)	80 (100)	3,5 (1,2-9,9)

Nhận xét: Nồng độ axit uric, ure máu, creatinine, AST, ALT, LDH có liên quan đến mức độ nặng của tiền sản giật với p< 0,05.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung. Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 6 đến tháng 12 năm 2024, chúng tôi ghi nhận được 114 thai phụ tiền sản giật. Trong đó nhóm tuổi tập trung chủ yếu ở nhóm < 35 tuổi chiếm 67,5%; ≥ 35 tuổi chiếm 32,5%; trung bình 31,5 ± 5,9 tuổi. Phù hợp với nghiên cứu của Dương Mỹ Linh (2023) nghiên cứu tại bệnh viện Sản nhi Kiên Giang nhóm tuổi thai phụ chủ yếu là < 35 tuổi [2]. Nơi ở chủ yếu là thành thị chiếm 57,9%; tuổi thai chủ yếu > 37 tuần chiếm 74,6%. Thành phố Cần Thơ là trung

tâm của khu vực Đồng bằng sông Cửu Long nên dân số tập trung là ở thành thị đến khám bệnh và điều trị tại bệnh viện. Có thể thai phụ chủ yếu ở thành thị nên khả năng tiếp cận y tế để khám và quản lý thai tương đối tốt nên tuổi thai phát hiện tiền sản giật muộn chủ yếu sau 37 tuần.

4.2. Nồng độ sinh hóa máu ở thai phụ tiền sản giật. Nồng độ trung bình của axit uric là 363,8 ± 106,5 μmol/l; trong đó nhóm tiền sản giật nhẹ là 342,3 ± 10,5 μmol/l thấp hơn nhóm tiền sản giật nặng 412,3 ± 20,1 μmol/l. Theo Naina Kumar (2019), ghi nhận nồng độ axit uric trung bình là 343,9±77,3 μmol/l, và trong nhóm tiền sản giật nặng nồng độ axit uric tăng lên 468,8±184 μmol/l, nghiên cứu cũng ghi nhận axit uric tăng cao theo mức độ nặng của diễn

tiền bệnh tiền sản giật có ý nghĩa thống kê $p=0,004$ [4]. Tương tự, một nghiên cứu năm 2023 cũng ghi nhận giá trị trung bình của axit uric nhóm tiền sản giật nhẹ là $367,1 \pm 93 \mu\text{mol/l}$, thấp hơn so với nhóm tiền sản giật nặng $458,3 \pm 115 \mu\text{mol/l}$ [2]. Sự gia tăng nồng độ axit uric huyết thanh ở thai phụ tiền sản giật là do giảm thanh thải urat ở thận. Bệnh nội mô cầu thận xảy ra ở tiền sản giật dẫn đến co thắt tiểu động mạch thận, giảm tốc độ lọc cầu thận và suy giảm chức năng ống thận. Có thể có sự gia tăng sản xuất axit uric thứ phát do thiếu máu nhau thai và sự gia tăng loại bỏ tế bào nuôi dưỡng dẫn đến tăng khả năng sử dụng purin để dị hóa [5].

Nồng độ trung bình của LDH là $289 \pm 100,2 \text{ U/L}$; nhóm tiền sản giật nhẹ là $280,1 \pm 10,5 \text{ U/L}$, tiền sản giật nặng là $309,5 \pm 19,1 \text{ U/L}$. Cao hơn nghiên cứu năm 2023 báo cáo nồng độ LDH trung bình ở nhóm tiền sản giật nặng là $283,7 \pm 117 \text{ U/L}$ và tiền sản giật nhẹ là $197,7 \pm 61,5 \text{ U/L}$ [2]. Có thể do trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ tiền sản giật nặng chiếm tỷ lệ cao 30,7% nên vô hình chung giá trị của LDH chung sẽ cao hơn các nghiên cứu khác. Tương tự, Vinaya Vivek K (2019) cũng báo cáo nồng độ LDH trung bình cao ở nhóm thai phụ tiền sản giật [6]. Tình trạng thiếu oxy gây ra hoạt động isoenzyme LDH trong các nguyên bào nuôi, dẫn đến sản xuất lactate cao hơn, đồng thời sự gia tăng LDH huyết thanh có thể là do thiếu máu cục bộ ở gan nên bệnh càng nặng thì nồng độ LDH càng tăng [5].

Nồng độ trung bình của ure huyết thanh là $4,8 \pm 7,8 \text{ mmol/l}$; nhóm tiền sản giật nhẹ $3,8 \pm 0,2 \text{ mmol/l}$; tiền sản giật nặng $7,2 \pm 2,3 \text{ mmol/l}$. Nồng độ trung bình của creatinin huyết thanh $58,8 \pm 18,3 \mu\text{mol/l}$; nhóm tiền sản giật nhẹ $56,5 \pm 1,6 \mu\text{mol/l}$, tiền sản giật nặng $67,6 \pm 4,1 \mu\text{mol/l}$. Theo Salma (2022) nồng độ trung bình của ure ở thai phụ của tiền sản giật là $29,6 \pm 13,8 \text{ mg/dl}$ ($10,4 \pm 4,8$); creatinine là $0,84 \pm 0,3 \text{ mg/dl}$ ($73,9 \pm 26,4 \mu\text{mol/l}$), tác giả cho rằng nồng độ ure và creatinine tăng có giá trị tiên lượng nặng cho bệnh lý tiền sản giật [7].

Nồng độ trung bình của AST $22,4 \pm 15,3 \text{ U/l}$, tiền sản giật nhẹ $19,1 \pm 1,1 \text{ U/l}$; tiền sản giật nặng $29,8 \pm 3,8 \text{ U/l}$. Nồng độ trung bình của ALT $18,8 \pm 20,1 \text{ U/l}$, tiền sản giật nhẹ $14,6 \pm 1,5 \text{ U/L}$; $28,2 \pm 4,8 \text{ U/l}$. Nồng độ AST và ALT huyết thanh tăng ở nhóm tiền sản giật do rối loạn chức năng gan. Do đó những trường hợp rối loạn chức năng càng nặng thì nồng độ AST, ALT càng tăng cao [5].

4.3. Mỗi liên quan giữa nồng độ sinh hóa máu và mức độ nặng của tiền sản giật. Nồng độ axit uric, ure máu, creatinine, AST, ALT,

LDH có liên quan đến mức độ nặng của tiền sản giật với $p < 0,05$. Trong đó, nồng độ axit uric $\geq 360 \mu\text{mol/l}$ làm tăng khả năng tiền sản giật nặng gấp 2,6 lần so với nhóm axit uric $< 360 \mu\text{mol/l}$, với khoảng tin cậy (KTC) 95%: 1,1 – 5,9. Nồng độ ure huyết thanh $\geq 8,3 \text{ mmol/l}$ làm tăng khả năng tiền sản giật nặng gấp 2,6 lần (KTC 95%: 1,9 – 30,4) so với nhóm ure huyết thanh $< 8,3 \text{ mmol/l}$. Nồng độ creatinine huyết thanh $\geq 115 \mu\text{mol/l}$ làm tăng khả năng tiền sản giật nặng gấp 13 lần (KTC 95%: 1,5 – 115,9) so với nhóm creatinine huyết thanh $< 115 \mu\text{mol/l}$. Nồng độ AST huyết thanh $\geq 34 \text{ U/l}$ làm tăng khả năng tiền sản giật nặng gấp 6,8 lần (KTC 95%: 2,1 – 21,5) so với nhóm AST huyết thanh $< 34 \text{ U/l}$. Nồng độ ALT huyết thanh $\geq 42 \text{ U/l}$ làm tăng khả năng tiền sản giật nặng gấp 7,5 lần (KTC 95%: 2,2 – 26) so với nhóm ALT huyết thanh $< 42 \text{ U/l}$. Nồng độ LDH huyết thanh $\geq 225 \text{ U/l}$ làm tăng khả năng tiền sản giật nặng gấp 3,5 lần (KTC 95%: 1,2 – 9,9) so với nhóm LDH huyết thanh $< 225 \text{ U/l}$. Điều này phù hợp với nghiên cứu của Dương Mỹ Linh: có sự gia tăng có ý nghĩa nồng độ LDH theo mức độ nặng của bệnh ($p < 0,001$) [2]. Tương tự, Thangaratinam S (2006) nghiên cứu trên 3.913 thai phụ ghi nhận ở những thai phụ tiền sản giật nồng độ axit uric $\geq 350 \mu\text{mol/l}$ làm tăng nguy cơ tiền sản giật nặng gấp 1,7 lần (khoảng tin cậy 95%: 1,3-2,2), tuy nhiên tác giả cũng nhận thấy axit uric huyết thanh là một yếu tố tiên lượng kém về các biến chứng ở mẹ và thai ở phụ nữ bị tiền sản giật [8]. Trong khi đó, Aditi Saha (2022) ghi nhận nồng độ trung bình của ure ở thai phụ tiền sản giật là $29,22 \pm 4,56 \text{ mg/dl}$ ($10,25 \pm 1,6 \text{ mmol/l}$), axit uric là $9,22 \pm 1,11 \text{ mg/dl}$ ($548,59 \pm 66,04 \mu\text{mol/l}$), creatinine là $1,65 \pm 0,22 \text{ mg/dl}$ ($145,2 \pm 19,36$); AST trung bình là $36,46 \pm 4,78 \text{ U/L}$; tác giả khẳng định nồng độ ure, axit uric, creatinine và AST có mối liên quan với mức độ nặng của tiền sản giật với $p < 0,05$, còn ALT thì tác giả chưa tìm thấy có sự liên quan với bệnh lý tiền sản giật [9]. Nồng độ ure và creatinine tăng có giá trị tiên lượng nặng cho bệnh lý tiền sản giật [7]. Trong khi Javid Ahmed Khan (2023) và Julie Sarmah (2015) báo cáo nồng độ AST, ALT tăng có ý nghĩa thống kê ở thai phụ tiền sản giật và càng tăng cao khi mức độ bệnh càng nặng với $p < 0,05$ [5], [10].

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sarmila Prajapati và các cộng sự. Serum Lactate Dehydrogenase Level in Pregnancy Induced Hypertension and Fetomaternal Outcome. Nepal Med Coll J. 2021; 23(4): 275-80.
2. Dương Mỹ Linh và Đặng Thị Thủy Phương,

- Nghiên cứu nồng độ axit uric, Ldh máu ở thai phụ tiền sản giật tại bệnh viện sản nhi kiên giang. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 2023; 61: 414-419.
3. **Bộ Y tế.** Hướng dẫn sàng lọc và điều trị dự phòng tiền sản giật, Ban hành theo Quyết định số 1911/QĐ-BYT ngày 19 tháng 4 năm 2021.
 4. **Kumar N, A. K.** Maternal Serum Uric Acid as a Predictor of Severity of Hypertensive Disorders of Pregnancy: A Prospective Cohort Study. Curr Hypertens Rev. 2019; 15(2): 154-160.
 5. **Julie Sarmah.** Evaluation of Serum Aspartate Aminotransferase (AST), Alanine Aminotransferase (ALT), Alkaline Phosphatase (ALP), Lactate Dehydrogenase (LDH) and Uric Acid In Preeclampsia. IOSR Journal of Dental and Medical. 2015;14(6): 10-12.
 6. **Vinaya Vivek Kulkarni, Badrunnisa Shaikh.** To Study Levels of LDH in Normal Pregnancy, Pre-Eclampsia & Eclampsia. J. Evolution Med. Dent. Sci. 2019. 8(35):2768-2772.
 7. **Salma Hamed et al.** Evaluation of Changes in Renal Function of Pregnant Women with Preeclampsia in Al-Jabal Al-Akhdar. Alq J Med App Sci. 2022;5(1):56-64..
 8. **Thangaratinam S, Ismail KM.** Tests in Prediction of Pre-eclampsia Severity review group. Accuracy of serum uric acid in predicting complications of pre-eclampsia: a systematic review. BJOG. 2006. 113(4): 369-378.
 9. **Aditi Saha, Anirban Das Gupta.** Study of changes in biochemical parameters of preeclampsia patients, a prospective five year study. Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol. 2022;11(2):517-521.
 10. **Javid Ahmed Khan et al,** Liver and renal biochemical parameters in preeclampsia: a cross sectional study, Khan JA et al. Int J Res Med Sci. 2023. 11(3):929-935.

Kiến thức, Thái độ về Chăm sóc Dinh dưỡng của Phụ nữ Mang Thai Đến Khám Thai tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2024

Nguyễn Lê Minh¹, Đỗ Nam Khánh¹, Nguyễn Thuý Hằng¹,
Nguyễn Bảo Ngọc¹, Nguyễn Thị Bích Vân^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng kiến thức và thái độ về chăm sóc dinh dưỡng của sản phụ đến khám thai tại khoa Sản, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2024. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 121 sản phụ đến khám thai tại khoa Sản, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Thu thập các chỉ số liên quan đến kiến thức, thái độ về chăm sóc dinh dưỡng của phụ nữ mang thai đến khám tại khoa Sản, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Kết quả:** Trong 121 phụ nữ mang thai (PNMT) tới khám có 29 người mang thai 3 tháng đầu, 3 tháng giữa là 41 người, còn 3 tháng cuối là 51 người. 92,5% phụ nữ mang thai biết các thông tin về dinh dưỡng hợp lý khi mang thai, nguồn thông tin chủ yếu các đối tượng nhận được là tự tìm hiểu qua internet; tiếp đến là từ bạn bè, người thân (71,7%), đài, tivi (48,3%), cán bộ y tế (28,3%), có một số ít họ biết qua báo, tạp chí (21,7%). Có 66,1% cho rằng nên tăng từ 12-18 kg trong cả thai kỳ, tiếp theo 21,4% chọn không biết, 9,9% chọn tăng từ 12-18 kg, 2,5% chọn tăng từ 8-10 kg. Kiến thức về việc uống viên bổ sung khi mang thai: 88,4% chọn uống viên sắt là cần thiết trong thời kỳ mang thai tiếp đến là axit folic chiếm 87,6%, viên đa vi chất và không biết lần lượt là 62% và 0,83%. Số phụ nữ mang thai có kiến thức tốt về dinh dưỡng khi mang thai là 80,2%, kiến thức trung bình là 16,5%, kiến thức kém 3,3%. Có 81,8%

phụ nữ mang thai có thái độ tích cực khi hỏi về việc ăn đa dạng thực phẩm trong bữa ăn, 11,4% lựa chọn không chắc chắn, 0,8% lựa chọn không. 92,6% phụ nữ mang thai có thái độ tích cực khi nhắc đến việc ăn bổ sung khi mang thai, 7,5% người lựa chọn không chắc chắn. **Kết luận:** Phụ nữ mang thai đến khám tại khoa Sản, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội có kiến thức và thái độ tốt về chăm sóc dinh dưỡng khi mang thai tương đối cao. Tuy nhiên, vẫn còn gần 20% phụ nữ mang thai có kiến thức chưa tốt về chăm sóc dinh dưỡng thời kỳ mang thai. **Từ khóa:** Kiến thức, thái độ dinh dưỡng, sản phụ, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

SUMMARY

KNOWLEDGE, ATTITUDE OF PREGNANT WOMEN COMING FOR PRENATAL CHECKUPS AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL, IN 2024

Objective: To describe the current status of knowledge and attitudes about nutritional care of pregnant women coming for prenatal check-ups at the Department of Obstetrics, Hanoi Medical University Hospital in 2024. **Research method:** Cross-sectional descriptive study on 121 pregnant women coming for prenatal check-ups at the Department of Obstetrics, Hanoi Medical University Hospital. Collect indicators related to knowledge and attitudes about nutritional care of pregnant women coming for prenatal check-ups at the Department of Obstetrics, Hanoi Medical University Hospital. **Research results:** Of the 121 pregnant women (WW) who came for examination, 29 were in the first trimester, 41 were in the middle trimester, and 51 were in the last trimester. 92.5% of pregnant women knew information about proper nutrition during pregnancy. The main source of

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Bích Vân

Email: bichvan@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.4.2025

Ngày duyệt bài: 12.5.2025