

KHẢO SÁT MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG Ở NHÓM THAI PHỤ CÓ NGUY CƠ MẮC TIỀN SẢN GIẬT TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

**Phạm Tiến Dũng¹, Đỗ Tuấn Đạt², Nguyễn Anh Đức²,
Phạm Hoàng Anh¹, Nguyễn Phương Tú¹**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu khảo sát một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở nhóm thai phụ có nguy cơ mắc tiền sản giật tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội. **Phương pháp:** hồi cứu mô tả cắt ngang trên 128 sản phụ có bất thường trong quá trình thai sản khám và theo dõi tại khoa sản bệnh - bệnh viện Phụ sản Hà Nội. **Kết quả:** Tỷ lệ mắc TSG là 55,47%, trong 71 trường hợp chẩn đoán TSG tỷ lệ mắc TSG nặng là (28,16%). Tỷ lệ THA chiếm 76,42% với HA trung bình là 142,07±20,63/89,16±13,18, triệu chứng phổ biến kèm theo là đau đầu (19,53%), sản phụ TSG có tỷ lệ thai chậm phát triển trong tử cung là 30,99%. Nồng độ Acid uric trung bình là 401,33±105,58. Chỉ số sFlt-1/PIGF với độ nhạy 79% (95%CI, 0,68-0,87). **Kết luận:** THA là biểu hiện lâm sàng thường gặp, TSG làm gia tăng nguy cơ thai chậm phát triển trong tử cung, chỉ số sFlt-1/PIGF có thể đánh giá hỗ trợ chẩn đoán sớm TSG. **Từ khóa:** Tiền sản giật, Tăng huyết áp, sFlt-1/PIGF.

SUMMARY

SURVEY OF SOME CLINICAL AND RELATED CLINICAL-LABORATORY INDICATORS AMONG PREGNANT WOMEN WITH HIGH RISKS OF PRE-ECLAMPSIA AT HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Objective: To assess the prevalence of preeclampsia (PE) among pregnant women presenting with abnormal conditions during pregnancy at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital. **Method:** A retrospective descriptive study was conducted on 128 pregnant women exhibiting abnormal pregnancy conditions who were examined and followed up at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital. **Results:** The prevalence of PE was 55.47% among the study participants (n = 71/128), of which 28.16% were classified as severe PE. The incidence of hypertension (HTN) was 76.42%, with a mean blood pressure of 142.07±20.63/89.16±13.18 mmHg. Headache was the most common accompanying symptom, reported in 19.53% of cases, 30.99% had fetuses with intrauterine growth restriction (IUGR). The average uric acid level was 401.33±105.58. The sFlt-1/PIGF ratio, with a relatively high sensitivity of 79% (95%

CI, 0.68-0.87). **Conclusion:** HTN was the most frequent clinical manifestation observed in pregnant women at high risk for PE. Preeclampsia was linked to a higher risk of fetal growth restriction. The sFlt-1/PIGF ratio demonstrated potential utility in supporting the early diagnosis of PE. **Keywords:** Preeclampsia, hypertension, sFlt-1/PIGF ratio.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiền sản giật (TSG) là bệnh lý toàn thân phức tạp tiềm ẩn nhiều nguy cơ rủi ro cho mẹ và thai, đây cũng là một trong năm tai biến sản khoa, 10-15% nguyên nhân gây tử vong mẹ và tử vong chu sinh ở các nước đang phát triển trong đó có Việt Nam [3]. Các biến chứng thường liên quan đến tổn thương đa cơ quan, đặc biệt trên nhóm TSG nặng có thể dẫn đến tử vong, ngoài ra là các biến chứng cho thai như thai lưu, chậm phát triển trong tử cung (CPTTC), đẻ non. Mặc dù chưa có giả thuyết chính xác về nguyên nhân gây ra tình trạng này nhưng một vài yếu tố được đề cập trong các nghiên cứu đã miêu tả bệnh nguyên TSG có thể liên quan đến các yếu tố như rối loạn chức năng nội tiết, di truyền, chủng tộc, dinh dưỡng và nhiễm độc. Quản lý TSG còn bao gồm dự đoán về thời điểm chấm dứt thai kỳ, điều này đóng vai trò vô cùng quan trọng. Bệnh được phát hiện sớm, quản lý thai kỳ chặt chẽ và điều trị tích cực sẽ cải thiện những biến chứng nặng cho mẹ và thai.

Bệnh xuất hiện sau tuần thứ 20 của thai kỳ với đặc điểm gồm tăng huyết áp và protein niệu. Yếu tố phát triển rau thai (PIGF – Placental Growth Factor) và thụ thể của yếu tố tăng trưởng nội mạc hòa tan (sFlt-1 - soluble Fms like tyrosine kinase-1) có sự thay đổi nồng độ trong máu của thai phụ mắc TSG trong đó PIGF giảm còn sFlt-1 tăng so với thai phụ bình thường có tuổi thai tương ứng. Sự thay đổi này diễn ra khá sớm, khoảng tuần 5-12 của thai kỳ nên có thể dựa vào sự thay đổi một vài chỉ số xét nghiệm để chẩn đoán sớm TSG từ trước khi xuất hiện triệu chứng lâm sàng, do vậy chúng tôi quyết định thực hiện nghiên cứu: "Khảo sát một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở nhóm thai phụ có nguy cơ mắc tiền sản giật tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội".

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Phương Tú

Email: nguyennphuongtu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 15.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.5.2025

Ngày duyệt bài: 20.6.2025

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả hồi cứu

2.2. Đối tượng nghiên cứu. Thai phụ có tuổi thai trên 20 tuần khám tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ 02/2024 đến 02/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Thai phụ đáp ứng tiêu chuẩn chẩn đoán tiền sản giật theo tiêu chuẩn của Bộ Y Tế và hướng dẫn của ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists)[1].

Tiêu chuẩn loại trừ: Thai phụ mắc bệnh lý tâm thần, đa thai, bệnh lý mẹ như: ung thư, bệnh lý liên quan đến tim mạch (suy tim, bệnh lý mạch vành, van tim, rối loạn nhịp tim...), bệnh gan (xơ gan, viêm gan mạn tính, suy gan cấp, mạn tính...), bệnh thận (bệnh thận mạn tính, suy thận cấp, sỏi thận...), ĐTĐ, Basedow, hôn mê do các nguyên nhân khác.

Tiêu chuẩn chẩn đoán tiền sản giật: Theo Quyết định 1911 của bộ Y tế và hướng dẫn của ACOG [2]

- Tăng huyết áp: HA tâm thu (HATT) $\geq 140\text{mmHg}$ và/hoặc HA tâm trương (HATTr) $\geq 90\text{mmHg}$.

- Protein niệu $\geq 0,5\text{g/l}$ ở mẫu nước tiểu ngẫu nhiên hoặc $\geq 300\text{mg}/24\text{h}$ ở mẫu nước tiểu 24 giờ

- Tuổi thai ≥ 20 tuần
- Có thể có một trong những dấu hiệu: Giảm tiểu cầu ($<100.000/\text{mm}^3$), suy thận (creatinine huyết thanh $> 1,1\text{mg/dL}$ hoặc tăng gấp đôi bình thường mà không ghi nhận bệnh lý thận khác), suy giảm chức năng gan (men gan tăng >2 lần mức bình thường), phù phổi (khó thở, tăng nhịp thở...), rối loạn thần kinh hoặc thị giác khởi phát trong quá trình mang thai (đau đầu dữ dội, nhìn mờ, hoa mắt, co giật). [1]

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ tháng 2/2024 đến tháng 2/2025.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Theo công thức ước lượng tỷ lệ:

$$n = \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \times p(1-p)}{d^2}$$

n: cỡ mẫu tối thiểu

Z: hệ số tin cậy với mức $=0,05$ ($Z=1,96$)

Tỷ lệ mắc TSG được ghi nhận là 2,8%-5,5% (Phạm Văn Tự)[3]

Cỡ mẫu tối thiểu là 80 người. Thực tế, nghiên cứu ghi nhận được 128 trường hợp thỏa mãn các tiêu chuẩn.

Xử lý và phân tích số liệu: Dựa trên Excel và Python.

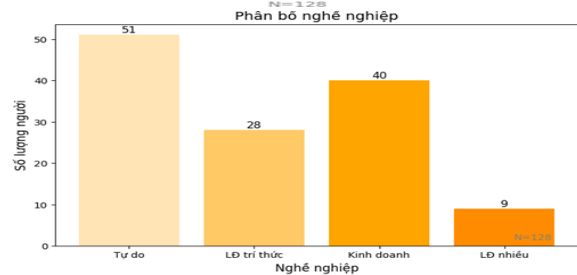
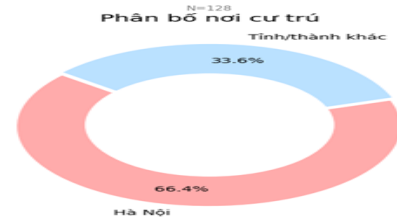
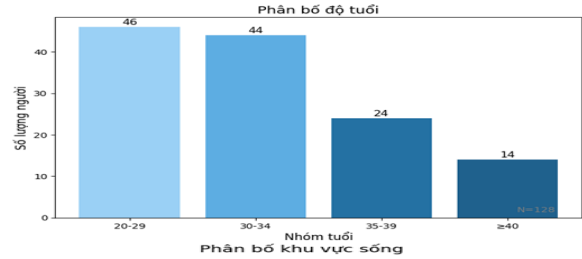
Đạo đức trong nghiên cứu: Các số liệu thu thập được từ hồ sơ bệnh án của người bệnh, được sự chấp thuận của bệnh viện. Thông tin cá nhân của người bệnh được giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong nghiên cứu có 128 trường hợp phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn

3.1. Đặc điểm chung về nhân khẩu học

Tuổi TB $\pm$ SD: $31,90 \pm 5,78$



Hình 1: Một số đặc điểm nhân khẩu học được ghi nhận

(*: y tế, giáo viên, tài chính, ngân hàng, quân đội... **: nông dân, công nhân, giúp việc, tạp vụ)

Nhận xét: Độ tuổi mang thai trung bình của đối tượng nghiên cứu là $31,90 \pm 5,78$ tuổi, nhiều nhất là nhóm từ 20-34 tuổi, đa số nằm trên địa bàn thành phố Hà Nội.

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Một số đặc điểm phân bố theo độ tuổi mang thai của nhóm nguy cơ cao mắc TSG

Tuổi	20-29	30-34	35-39	40
Chỉ số BMI				
18,5-24,9	n=12 26,07%	n=7 15,91%	n=5 20,83%	n=2 14,29%
25-29,9	n=21 45,65%	n=23 52,27%	n=17 70,83%	n=8 57,14%
30-34,9	n=9 19,57%	n=12 27,27%	n=2 8,34%	n=3 21,42%
35	n=4 8,71%	n=2 4,55%	0	n=1 7,15%
BMI trung bình	(n=128) 28,23±3,86			
Hình thức mang thai				
Tự nhiên	n=43 93,47%	n=30 68,18%	n=20 83,33%	n=5 35,71%
IVF	n=3 6,53%	n=14 31,82%	n=4 16,67%	n=9 64,29%
Số lần mang thai				
Chưa từng mang thai	n=29 63,04%	n=12 27,27%	n=1 4,16%	n=2 14,29%
Số lần mang thai TB (X±SD)	0,50±0,75	1,50±1,41	2,88±1,57	2,64±1,98
Chẩn đoán mắc TSG				
Chẩn đoán mắc TSG	n=28 60,87%	n=22 50,00%	n=10 41,67%	n=11 78,57%

Nhận xét: Chỉ số BMI trước mang thai là 28,23±3,86. Nhóm thai phụ trên 40 tuổi có tỉ lệ thừa cân béo phì cao hơn các nhóm tuổi còn lại. Nhóm tuổi 20-29 có tỷ lệ thụ thai tự nhiên cao nhất (93,47%). Nhóm tuổi được ghi nhận mắc TSG nhiều là 20-29 (60,78%) và nhóm trên 40 (78,57%).

Bảng 2: Tỷ lệ sản phụ có yếu tố nguy cơ mắc tiền sản giật

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ
Tổng số sản phụ có yếu tố nguy cơ mắc TSG	128	100
Số lượng sản phụ được chẩn đoán mắc TSG	71	55,47
Phân loại nhóm TSG theo mức độ bệnh		
• Theo dõi TSG	3	4,23
• TSG không có dấu hiệu nặng	48	67,61
• TSG có dấu hiệu nặng	20	28,16

Nhận xét: Trong 128 trường hợp thai phụ được theo dõi có yếu tố nguy cơ mắc TSG thì 71 trường hợp mắc TSG, trong đó TSG có dấu hiệu nặng chiếm 28,16%.

Bảng 3: Tỷ lệ lý do vào viện ở thai phụ có nguy cơ mắc tiền sản giật

Đặc điểm	Bình thường	Theo dõi TSG	TSG không có dấu hiệu nặng	TSG có dấu hiệu nặng	Tổng
Phân loại theo chẩn đoán	n=56 42,27%	n=3 2,44%	n=48 39,02%	n=21 16,26%	n=128 100%
Lý do vào viện					
THA (HATT)	136,64±22,44	128,33±16,07	146,61±18,01	148,20±18,16	142,07±20,63
HATT trung bình của nhóm mắc TSG			146,29±18,16		
THA (HATTtr)	85,18±14,38	86,67±15,28	92,47±10,83	92,60±12,35	89,16±13,18
HATTtr trung bình của nhóm mắc TSG			91,82±14,58		
Tiền sử đã mắc TSG	n=1 1,92%	n=0 0%	n=1 2,08%	n=1 5%	n=3 2,44%
THA	n=35 67,30%	n=3 100%	n=39 81,25%	n=17 85,00%	n=94 76,42%
Phân độ THA					
Tiền THA	n=12 21,42%	n=1 33,33%	n=11 22,45%	n=5 25,00%	n=29 22,65%
THA độ 1	n=23 41,07%	n=2 66,66%	n=30 61,22%	n=10 50,00%	n=65 50,78%
THA độ 2	n=13 23,21%	n=1 33,33%	n=23 46,93%	n=10 50,00%	n=47 36,71%
THA độ 3	n=2 3,57%	0	n=2 4,08%	n=1 5,00%	n=5 3,9%
Đau đầu	n=5 9,62%	0	n=12 25,00%	n=8 40,00%	n=25 19,53%
Nhìn mờ	0	n=1 33,33%	n=1 2,08%	n=3 15,00%	n=5 3,91%
Phù	0	0	n=1 2,08%	n=1 5%	n=2 1,63%
Siêu âm thai CPTTTC	n=10 19,23%	0	n=5 10,42%	n=1 5%	n=16 13,00%
Tỷ lệ thai CPTTTC	n=22 30,99%				
Đau bụng, đau vùng thượng vị	n=3 5,77%	0	n=2 4,17%	n=1 5%	n=6 4,88%
Phù phổi	0	0	0	0	0
Khác	n=14 26,93%	n=0 0%	n=3 6,25%	n=1 5,00%	n=18 14,63%

Nhận xét: Lý do vào viện chủ yếu là tăng huyết áp (THA) chiếm 76,42% với HATT trung bình là 142 mmHg và HATT_r trung bình là 89 mmHg. Phù xuất hiện với tỷ lệ thấp 1,63%, ở nhóm mắc TSG có dấu hiệu nặng (5%). Các triệu chứng khác như đau bụng, đau vùng thượng vị gặp dưới 5% và không ghi nhận trường hợp nào phù phổi.

Bảng 4: Đặc điểm của các xét nghiệm cận lâm sàng

Cận lâm sàng	Bình thường	Theo dõi TSG	TSG	TSG nặng	Tổng
HC (T/l)	4,25±0,55	4,62±1,05	4,45±0,42*	4,33±0,44	4,35±0,51
Hemoglobin (g/l)	125,5±12,29	128,33±8,39	131,86±10,97*	124,65±10,38	127,67±11,80
Bạch cầu (G/l)	10,49±2,91	10,27±3,58	10,72±2,60	10,50±2,59	10,57±2,73
HCT (%)	0,37±0,03	0,39±0,02	0,39±0,03*	0,37±0,03	0,38±0,03
Tiểu cầu (G/l)	225,29±61,78	194,33±22,94	232,41±52,00	227,20±53,13	227,56±56,06
Protein niệu (g/l)	1,08±2,17	0,34±0,38	1,26±2,35	2,78±3,69	1,40 ±2,56
Ure (mmol/l)	4,72±2,17	4,31±1,38	5,21±3,04	5,37±1,74	5,00±2,47
Creatinine (mol/l)	62,69±13,08	72,92±11,77	67,20±14,73	65,60±18,48	65,11±13,22
Acid uric (mol/l)	367,21±104,74	470,48±94,86**	415,59±96,87*	451,52±108,02*	401,33±105,58
AST (U/L)	26,72±18,10	26,6±25,95	25,72±17,81	26,63±10,20	26,32±16,68
ALT (U/L)	28,34±46,17	17,15±6,36	23,04±36,69	18,82±13,92	24,56±38,41

So sánh trung bình giữa 2 nhóm không mắc TSG và có mắc TSG với *p<0,05 và **p<0,001

Nhận xét: Các chỉ số xét nghiệm hồng cầu (RBC), Hemoglobin và HCT cho thấy sự khác biệt

có ý nghĩa thống kê.

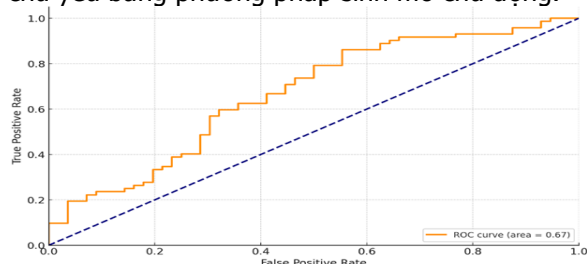
3.3. Xét nghiệm chỉ số sFlt-1/PIGF trong chẩn đoán, theo dõi và xử trí sản khoa đối với bệnh nhân có nguy cơ mắc TSG

Bảng 5: Đặc điểm của xét nghiệm sFlt-1/PIGF và đặc điểm xử trí sản khoa cho nhóm đối tượng có nguy cơ cao mắc TSG

Đặc điểm	Thai nhi <34 tuần (n=64)				Thai nhi 34 tuần (n=64)			
Phân loại	sFlt-1/PIGF ≤38 (n=16)	38 <sFlt-1/PIGF ≤85 (n=7)	85<sFlt-1/PIGF≤655 (n=36)	sFlt-1/PIGF >665 (n=5)	sFlt-1/PIGF ≤38 (n=25)	38 <sFlt-1/PIGF ≤110 (n=22)	110<sFlt-1/PIGF≤655 (n=17)	sFlt-1/PIGF >655 (n=0)
SFLT-1/PIGF (TB±SD)	10,15 11,52 ±5,04	52,45 13,04 ±49,61	279,43 149,96 ±22,65	975,09 332,83 ±850,99	14,89 10,07 ±15,41	51,63 10,73 ±45,94	145,51 73,76 ±118,55	0
Bình thường	n=13 81,25%	n=6 85,71%	n=14 38,88%	0	n=13 52%	n=7 31,82%	n=3 17,64%	0
TD TSG	0	0	0	0	n=1 4,00%	n=1 4,55%	n=1 5,88%	0
TSG	n=2 12,5%	n=1 14,28%	n=13 36,11%*	n=3 60,00%*	n=9 36,00%	n=12 54,54%*	n=9 52,84%	0
TSG nặng	n=1 6,25%	0	n=9 25,00%	n=2 40%	n=2 8,00%	n=2 9,09%*	n=4 23,52%**	0
Thời điểm chấm dứt thai kỳ								
Thời gian kéo dài thai kì	4 tuần 2 ngày ±3 tuần 5 ngày*	2 tuần 3 ngày ±1 tuần 6 ngày	1 tuần ±1 tuần 6 ngày	1 tuần 3 ngày ±1 tuần 5 ngày	5 ngày ±6 ngày	5 ngày ±4 ngày	3 ngày ±3 ngày	0
Non tháng (thai age <37 W)	n=16 100%	n=7 100%	n=36 100%	n=5 100%	n=22 88,00%	n=20 90,91%	n=15 88,24%	0
Đủ tháng (thai age 37 W)	0	0	0	0	n=3 12,00%	n=2 9,09%	n=2 11,76%	0
Phương pháp kết thúc thai kỳ								
Sinh thường	n=2 12,5%	n=1 14,29%	n=2 5,56%	0	0	n=1 4,55%	0	0
Sinh mổ	n=14 87,5%	n=6 85,71%	n=34 94,44%*	n=5 100%	n=25 100%*	n=21 95,45%**	n=17 100%	0

So sánh trung bình giữa nhóm theo dõi không mắc TSG và nhóm mắc TSG, TSG nặng: * $p < 0,05$ và ** $p < 0,001$

Nhận xét: nguy cơ mắc TSG ở nhóm sản phụ mang thai <34 tuần là 29,69%, có chỉ số sFlt-1/PIGF ≤ 38 có thể kéo dài thời gian mang thai trung bình là khoảng 4 tuần 2 ngày, tỷ lệ mắc TSG của nhóm này là 18,75%, được theo dõi có thời gian chấm dứt thai kỳ <37 tuần và chủ yếu bằng phương pháp sinh mổ chủ động.



Biểu đồ 1: Biểu đồ ROC thể hiện độ nhạy và độ đặc hiệu của tỷ lệ nồng độ sFlt-1/PIGF trong chẩn đoán tiên sản giật nhóm đối tượng theo dõi nguy cơ mắc tiền sản giật

Nhận xét: Biểu đồ ROC thể hiện mối quan hệ giữa tỷ lệ dương tính giả và tỷ lệ dương tính thật khi thay đổi ngưỡng phân loại cho chỉ số sFlt-1/PIGF, với AUC = 0,67 ($p = 0,0073 < 0,01$).

Bảng 6: Dựa vào điểm cut-off là 38 (khuyến cáo sử dụng), giá trị của chỉ số sFlt-1/PIGF sàng lọc mắc TSG trên nhóm đối tượng nguy cơ

Giá trị chẩn đoán	Chỉ số sFlt-1/PIGF
Điểm cut-off	38
Độ nhạy (95% CI)	0,79 (0,68 đến 0,87)
Độ đặc hiệu (95% CI)	0,46 (0,34 đến 0,59)

Nhận xét: Độ nhạy sàng lọc chẩn đoán TSG khoảng 79%.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung về nhân khẩu học. Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình là $31,90 \pm 5,78$ tuổi, tương đương với nghiên cứu của tác giả Phạm Văn Tự [3]. Nhóm ngành nghề tự do và kinh doanh chiếm tỷ lệ cao lần lượt là 39,84% và 31,25%. Đặc điểm thừa cân (53,91%) và béo phì độ 1 chiếm (20,31%) với chỉ số BMI trung bình là $28,23 \pm 2,4$ cao hơn của tác giả Nguyễn Đức Duy Nghiêm là $23,7 \pm 3,5$ [4]. Nghiên cứu của tác giả Sarosh Rana cho thấy chỉ số BMI > 25 (RR, 2.1; 95% CI, 2.0–2.2) và việc mang thai lần đầu (OR, 2.49; 95% CI, 2.39–2.59) cũng có thể là một trong số các yếu tố làm tăng nguy cơ mắc TSG [5].

Đặc điểm về lâm sàng và cận lâm sàng. Những triệu chứng lâm sàng của nhóm mắc TSG

như: đau đầu, phù, tăng huyết áp, nhìn mờ và triệu chứng đau bụng/đau thượng vị. Tỷ lệ đau đầu được ghi nhận là 19,53% ít hơn 23,5% trong nghiên cứu của tác giả Trương Thị Linh Giang (2017) [6]. Chỉ số HA tâm thu và HA tâm trương lần lượt là 146,29/118,16 và 91,82/14,58 thấp hơn so với nghiên cứu của Kooffreh, Ekott với HATT trung bình là 158,119,3 mmHg và HATTtr trung bình là 101,714,9mmHg, trong nghiên cứu của Sibai thì TSG nặng có HA 160/110 mmHg và theo Miguil M thì HATTtr > 115 mmHg là yếu tố tiên lượng xấu [7]. Dấu hiệu phù, nhìn mờ và đau bụng/đau vùng thượng vị lần lượt là: 1,63%, 3,91%, 4,88%. Về các chỉ số xét nghiệm, chỉ số Protein niệu ở nhóm có nguy cơ mắc TSG ghi nhận tương đối cao $1,40 \pm 2,56$ (g/l) và nhóm TSG nặng là $2,78 \pm 3,69$ (g/l) tương đương với kết quả của tác giả Phạm Văn Tự là $1,8 \pm 1,4$ g/l [3]. Số lượng hồng cầu trung bình là $4,35 \pm 0,51$ (T/l), Hb trung bình là $127,67 \pm 11,80$ (g/l). Nồng độ Acid uric tăng có thể cho thấy tình trạng bất lợi như giảm mức lọc cầu thận, tăng hình thành gốc tự do và tăng acid lactic trong máu mẹ, thiếu oxy dẫn tới thai CPTTTC [3]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nồng độ acid uric trung bình là $401,33 \pm 105,58$ (mol/l) có liên quan tới tăng nguy cơ mổ lấy thai (95,31%) và tăng tỷ lệ thai CPTTTC (25%) chiếm 30,99% trong nhóm đối tượng mắc TSG. Các chỉ số khác trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức độ bệnh.

Đặc điểm của xét nghiệm chỉ số tỷ lệ sFlt-1/PIGF trong chẩn đoán TSG. Nhóm sản phụ theo dõi có yếu tố nguy cơ mắc TSG cho thấy các sản phụ có tuần thai < 34 tuần sinh non bằng hình thức sinh mổ 92,19%. Tỷ lệ sFlt-1/PIGF có mối liên quan đặc biệt đến thời gian kéo dài thai kỳ (trung bình 4 tuần 2 ngày $\pm$ 3 tuần 5 ngày) đặc biệt với chỉ số tỷ lệ sFlt-1/PIGF ≤ 38 tuần, sFlt-1/PIGF càng cao thì thời gian kéo dài thai kỳ càng ngắn. Biểu đồ ROC và đường cong AUC để xác định độ nhạy và độ đặc hiệu của sFlt-1/PIGF cho thấy AUC khoảng 0,67 (95%CI, 0,58–0,79) khá tốt để phát hiện sớm thai phụ mắc TSG và với điểm cut-off là 38 được chấp nhận đối với nhóm đối tượng có nguy cơ cao mắc TSG. Việc sử dụng xét nghiệm chỉ số sFlt-1/PIGF có độ nhạy cao giúp nhận định được các sản phụ mắc TSG với độ chính xác khoảng 79% (95%CI, 0,68–0,87). Độ đặc hiệu khoảng 46% (95%CI, 0,34–0,59) có thể do đối tượng nghiên cứu có yếu tố nguy cơ mắc TSG, có thể trở thành nguyên nhân gây nhiễu làm giảm độ đặc hiệu của chỉ số sFlt-1/PIGF với điểm cut-off là 38.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ TSG ở nhóm theo dõi có yếu tố nguy cơ TSG chiếm 55,47%, tỷ lệ mắc TSG có dấu hiệu nặng là 28,16%. Chỉ số sFlt-1/PIGF được sử dụng để đánh giá hỗ trợ chẩn đoán sớm TSG và có mối liên quan với thời gian trung bình kéo dài thai kì. Cần triển khai tư vấn thường quy cho các thai phụ đi khám định kì, đặc biệt là nhóm thai phụ có THA. Sàng lọc các bệnh lý nền và khuyến cáo làm thêm các xét nghiệm đánh giá và sàng lọc sớm TSG như chỉ số sFlt-1/PIGF để dự báo nguy cơ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)**, Preeclampsia and Pregnancy. Available. [Accessed: Mar. 23, 2025].
2. **Bộ Y tế**, Hướng dẫn sàng lọc tiền sản giật, Quyết định số 1911/QĐ-BYT, ngày 19/4/2022.
3. **V. T. Phạm, Q. T. Nguyễn, and T. L. Phùng**, "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả thai

kỳ ở thai phụ tiền sản giật – sản giật tại Bệnh viện đa khoa Hà Đông," Tạp chí Phụ sản, vol. 19, no. 1, pp. 30–37, 2021. doi: 10.46755/vjog.2021.1.1181.

4. **N. Đ. D. Nghiênm et al.**, "Study on clinical characteristics and some risk factors for preeclampsia," Tạp chí Dược học, vol. 13, no. 7, p. 93, 2013.
5. **S. Rana, E. Lemoine, J. P. Granger, and S. A. Karumanchi**, "Preeclampsia: Pathophysiology, challenges, and perspectives," Circ. Res., vol. 124, no. 7, pp. 1094–1112, Mar. 2019. doi: 10.1161/CIRCRESAHA.118.313276.
6. **D. T. T. L. Giang**, "Nghiên cứu giá trị của siêu âm Doppler trong tiên lượng tình trạng sức khỏe của thai ở thai phụ tiền sản giật," Tạp chí Điện Quang Hạt Nhân Việt Nam, no. 29, Art. no. 29, Jul. 2022. doi: 10.55046/vjrn.29.484.2018.
7. **"The prevalence of pre-eclampsia among pregnant women in the University of Calabar Teaching Hospital, Calabar | Request PDF,"** ResearchGate, Oct. 2024. [Online]. Available. [Accessed: Mar. 23, 2025].

PHÂN TÍCH TÌNH HÌNH SỬ DỤNG THUỐC TRÊN BỆNH NHÂN VIÊM KHỚP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA CẦN THƠ 2023

Dương Trương Phú¹, Giang Thị Thu Hồng²,
Nguyễn Đặng Bích Ngọc², Nguyễn Thị Diễm Trinh¹

TÓM TẮT

Mở đầu: Viêm khớp là bệnh lý xương khớp phổ biến, ảnh hưởng cả nam lẫn nữ, đặc biệt ở độ tuổi trung niên. Tại Việt Nam, khoảng 700 người trên mỗi triệu dân mắc bệnh này. Bệnh không chỉ gây tổn thương khớp mà còn ảnh hưởng đến tim, phổi, thần kinh và có nguy cơ gây tàn phế nếu không điều trị kịp thời. Dù không gây tử vong trực tiếp, viêm khớp có thể làm giảm nghiêm trọng chất lượng sống và khả năng lao động. Việc điều trị hiện nay gồm nhiều nhóm thuốc như NSAID, corticoid, opioid..., nhưng cần thận trọng do nguy cơ tác dụng phụ, nhất là trên đường tiêu hóa. Chẩn đoán sớm và điều trị đúng giúp kiểm soát bệnh hiệu quả. **Mục tiêu:** Tìm hiểu đặc điểm lâm sàng của bệnh viêm khớp ở bệnh nhân và khảo sát thực trạng sử dụng thuốc điều trị bệnh thoái hóa khớp tại Bệnh viện Đa khoa Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được thiết kế dưới dạng mô tả cắt ngang, không đối chứng, thực hiện trên 100 đơn thuốc được thu thập từ bệnh nhân viêm khớp đã điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Cần Thơ trong năm 2021. **Kết quả:** Khảo sát 100 đơn thuốc

của bệnh nhân viêm khớp tại phòng khám Đa khoa Cần Thơ (01–06/2023) cho thấy: Bệnh chủ yếu gặp ở người từ 61 tuổi trở lên (56%), nữ chiếm đa số (76%). Mẫu nghiên cứu gồm 11 nhóm bệnh viêm khớp, trong đó thoái hóa đa khớp chiếm 58%, tiếp theo là thoái hóa cột sống (10%) và viêm khớp dạng thấp (9%). 100% bệnh nhân có bệnh kèm, phổ biến là trào ngược dạ dày (48%) và rối loạn chuyển hóa (22%). Về điều trị, 89% bệnh nhân dùng paracetamol giảm đau, 90% được chỉ định thuốc kháng viêm không steroid, chủ yếu là celecoxib (49%) và meloxicam (5%). Việc sử dụng các thuốc kháng viêm tuân thủ nguyên tắc không phối hợp cùng lúc các thuốc trong nhóm. Kết quả phản ánh đặc điểm lâm sàng thoái hóa khớp, tỉ lệ bệnh lý đi kèm cao và xu hướng điều trị ưu tiên hiệu quả-an toàn. **Kết luận:** Từ kết quả nghiên cứu cho thấy viêm khớp thường gặp ở người lớn tuổi, đặc biệt là phụ nữ, với tỷ lệ thoái hóa đa khớp chiếm ưu thế. Hầu hết bệnh nhân đều có bệnh kèm, phổ biến nhất là trào ngược dạ dày – thực quản và rối loạn chuyển hóa. Việc sử dụng thuốc giảm đau và kháng viêm không steroid được bác sĩ chỉ định hợp lý, tuân thủ đúng nguyên tắc. Điều này phản ánh xu hướng điều trị chú trọng đến hiệu quả và an toàn cho bệnh nhân cao tuổi. **Từ khóa:** Viêm khớp người cao tuổi, thoái hóa đa khớp, điều trị hợp lý

SUMMARY

ANALYSIS OF DRUG UTILIZATION IN ARTHRITIS PATIENTS AT CAN THO GENERAL HOSPITAL, 2023

¹Trường cao đẳng Y tế Cần Thơ

²Trường đại học Tây Đô

Chịu trách nhiệm chính: Dương Trương Phú

Email: dtrphu@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.5.2025

Ngày duyệt bài: 17.6.2025