

(67,6%), huyết tương tươi đông lạnh (26,8%), khối tiểu cầu gạn tách (5,2%) và tủa lạnh (0,5%), nhóm máu O được sử dụng nhiều nhất (44,5%), đến nhóm máu B, A và AB với tỉ lệ tương ứng là 29,3%, 21,3% và 4,8%; Sử dụng theo nhóm Rh: Trong truyền KHC nhóm máu Rh dương chiếm 99,9% còn lại rất ít là khối hồng cầu Rh âm 0,1%, các chế phẩm khác 100% là nhóm Rh dương (huyết tương tươi đông lạnh, khối tiểu cầu). Trên thực tế nhóm người có hệ nhóm máu Rh(-) là hiếm nên số lượng người truyền được nhóm Rh âm ít.

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu từ tháng 1 – 6/2024 với 7542 đơn vị máu từ người tham gia hiến máu, sàng lọc, sản xuất, cấp phát máu tại Khoa Huyết học Lâm sàng – Truyền máu Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương thấy: Thu gom máu từ 96,1% người hiến máu tình nguyện, 3,1% người nhà cho máu và 0,8% là người hiến máu chuyên nghiệp là hiến khối tiểu cầu máy, 94% lấy tại điểm hiến máu lưu động, 6% tại bệnh viện; Với việc sử dụng máu: Kỹ thuật huyết thanh học phát hiện nhiễm HBV là 1,8% HCV 0,5%, HIV 0,1%, Giang mai 0,2%; Kỹ thuật NAT phát hiện nhiễm HBV là 0,1%, không phát hiện nhiễm HCV, HIV; Kháng thể bất thường: chiếm 0.1%; Sử dụng các chế phẩm: khối hồng cầu chiếm 62%, huyết tương: 33,6%, khối tiểu cầu pool: 3,9%, khối tiểu cầu gạn tách 250 mL: 0,5%.

Trong đó 89,5 % là số lượng máu bệnh viện sản xuất, còn lại mua máu 10,5%; Nhóm máu sử dụng nhiều nhất nhóm O (46%), thấp nhất là nhóm AB (4,6%), Rh dương chiếm 99,9% còn lại rất ít là Rh âm 0,1%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Trung Phần (2016)**. Bài giảng Huyết học – Truyền máu sau đại học. Nhà xuất bản y học.
2. **Bộ Y tế (2013)**. Thông tư 26/TT- BYT năm 2013. Hướng dẫn hoạt động truyền máu
3. **Trần Ngọc Quế (2022)**. "Tình hình tiếp nhận và cung cấp máu, chế phẩm máu tại Viện Huyết học Truyền máu Trung ương giai đoạn 2018-2021". Tạp chí Y học Việt Nam
4. **Nguyễn Giang Nam (2022)**. "Nghiên cứu tình hình vận động, tổ chức hiến máu tình nguyện tại bệnh viện Quân Y 103 năm 2020-2021". Tạp chí Y học Việt Nam
5. **World Health Organization (2016)**. "Global Status Report on Blood Safety and Availability".
6. **Nguyễn Thị Thanh Dung và cộng sự (2020)**. "Đánh giá kết quả xét nghiệm sàng lọc HBV, HCV, HIV, giang mai ở đơn vị máu tiếp nhận tại Viện Huyết Học Truyền Máu TW giai đoạn 2015 – 2019". Tạp chí Y học Việt Nam
7. **Phùng Thị Hồng Hạnh và cộng sự (2020)**. "Tình hình sử dụng máu, chế phẩm máu và xét nghiệm hòa hợp miễn dịch tại bệnh viện Thanh Nhàn năm 2017-2019". Tạp chí Y học Việt Nam
8. **Lê Thanh Nhân và cộng sự năm (2023)**. "Khảo sát thực trạng sử dụng chế phẩm máu tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương và tình hình cung cấp chế phẩm máu từ các đơn vị cung ứng đối với bệnh viện trong giai đoạn 2021-2023". Tạp chí Y học Việt Nam

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG THAI PHỤ MẮC TIỀN SẢN GIẬT TỪ 28 TUẦN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Dương Thị Thuý Nga<sup>2</sup>, Đỗ Tuấn Đạt<sup>1,2</sup>, Trương Quang Vinh<sup>1,2</sup>, Phan Thị Huyền Thương<sup>1,2</sup>, Đinh Thị Thu Trang<sup>1,2</sup>, Nguyễn Văn Thư<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của sản phụ mắc tiền sản giật (TSG) từ ≥28 tuần được theo dõi và điều trị tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 104 sản phụ được chẩn đoán TSG từ 28 tuần, thu nhận từ 01/2024 đến 09/2025. Ghi nhận các yếu tố nguy cơ nền, biểu hiện lâm sàng theo thời gian và các chỉ số cận lâm sàng (huyết học, sinh hóa,

PIGF, sFlt-1). **Kết quả:** Quần thể có nguy cơ nền cao: ≥31 tuổi 58,7%; BMI ≥30 kg/m<sup>2</sup> 25,0%; IVF 25,0%; tăng huyết áp mạn 9,6%; tiền sử THA thai kỳ 11,6% và TSG 6,7%. TSG khởi phát sớm (<34 tuần) chiếm 61,5%, cao hơn TSG khởi phát muộn (≥34 tuần) 38,5%. Diễn tiến lâm sàng nặng lên theo thời gian: tăng huyết áp nặng 8,7% (nhập viện) → 27,9% (chẩn đoán nặng) → 39,4% (kết thúc thai kỳ); đau đầu kháng thuốc 6,7% → 22,1% → 31,7%. Phù gặp ở 74% trường hợp. Biểu chứng rất nặng (phù phổi, sản giật, HELLP) hiếm. Về cận lâm sàng, protein niệu tăng 1,80 ± 0,26 → 1,98 ± 0,38 → 2,80 ± 0,50; tiểu cầu giảm nhẹ 231,98 ± 7,44 → 223,52 ± 7,52 → 216,40 ± 8,52 (×10<sup>9</sup>/L); AST/ALT và creatinin tăng mức trung bình. Bất thường tưới máu rau thai/Doppler nổi bật ở thời điểm chẩn đoán TSG nặng (57,1%). Dấu ấn tạo mạch cho thấy mất cân bằng theo tuổi thai: sFlt-1 cao ở 28–34 tuần và giảm sau ≥34 tuần, trong khi

<sup>1</sup>Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Tuấn Đạt

Email: drdodat@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025

PIGF tăng dần; hệ quả, tỷ số sFlt-1/PIGF giảm rõ 182,5 (28–32 tuần) → 132,5 (32–34 tuần) → 55,5 ( $\geq 34$  tuần),  $p < 0,001$ . **Kết luận:** Sản phụ TSG từ  $\geq 28$  tuần tại cơ sở có nguy cơ nền cao, biểu hiện lâm sàng tăng nặng theo thời gian và mẫu hình cận lâm sàng đặc trưng (protein niệu tăng, tiểu cầu giảm nhẹ, men gan/creatinin tăng, mất cân bằng sFlt-1/PIGF), đặc biệt ở nhóm khởi phát sớm.

## SUMMARY

### CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS OF PREGNANT WOMEN WITH PREECLAMPSIA (PE) FROM 28 WEEKS AT HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

**Objective:** To describe the clinical and laboratory characteristics of pregnant women with preeclampsia (PE) from  $\geq 28$  weeks' gestation who were followed and treated at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital. **Subjects and methods:** Cross-sectional descriptive study of 104 pregnant women diagnosed with PE from 28 weeks, enrolled from January 2024 to September 2025. Baseline risk factors, temporal clinical manifestations, and laboratory indices (hematology, biochemistry, PIGF, sFlt-1) were recorded. **Results:** The cohort had a high baseline risk: age  $\geq 31$  years 58.7%; BMI  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> 25.0%; IVF 25.0%; chronic hypertension 9.6%; prior gestational hypertension 11.6% and prior PE 6.7%. Early-onset PE ( $< 34$  weeks) accounted for 61.5%, higher than late-onset PE ( $\geq 34$  weeks) at 38.5%. Clinical severity increased over time: severe hypertension 8.7% (at admission) → 27.9% (at confirmation of severe PE) → 39.4% (at delivery); refractory headache 6.7% → 22.1% → 31.7%. Edema was present in 74%. Very severe complications (pulmonary edema, eclampsia, HELLP) were rare. Laboratory parameters trended unfavorably: proteinuria increased from  $1.80 \pm 0.26$  to  $1.98 \pm 0.38$  and  $2.80 \pm 0.50$ ; platelets declined slightly from  $231.98 \pm 7.44$  to  $223.52 \pm 7.52$  and  $216.40 \pm 8.52$  ( $\times 10^9/L$ ); AST/ALT and creatinine rose to moderate levels. Placental malperfusion/Doppler abnormalities were prominent at the time severe preeclampsia was diagnosed (57.1%). Angiogenic markers showed a clear gestational-age-dependent imbalance: sFlt-1 was higher at 28–34 weeks and decreased after  $\geq 34$  weeks, whereas PIGF increased with advancing gestation. Consequently, the sFlt-1/PIGF ratio fell markedly: 182.5 (28–32 weeks) → 132.5 (32–34 weeks) → 55.5 ( $\geq 34$  weeks),  $p < 0.001$ . **Conclusions:** Pregnant women with PE from  $\geq 28$  weeks at this center had high baseline risk, exhibited a time-dependent worsening of clinical features, and demonstrated a characteristic laboratory profile (increasing proteinuria, mild platelet decline, higher liver enzymes/creatinine, and an sFlt-1/PIGF imbalance), particularly in early-onset cases.

**Keywords:** preeclampsia; clinical characteristics; laboratory characteristics; sFlt-1/PIGF;  $\geq 28$  weeks.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiền sản giật - sản giật là bệnh lý thường gặp trong thai kỳ, theo Tổ chức Y tế Thế giới

bệnh chiếm khoảng từ 2 - 10% [1]. Nếu không được chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời, tiền sản giật có thể để lại những biến chứng trầm trọng như suy thận cấp, suy gan, rối loạn đông máu, sản giật và tử vong, là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong cho bà mẹ và sơ sinh trên toàn thế giới, nhất là các nước đang phát triển [1].

Trong thực hành, việc nhận diện sớm các đặc điểm lâm sàng (triệu chứng thần kinh, đau vùng hạ sườn phải/thượng vị, khó thở, phù phổi...) cùng với biến đổi cận lâm sàng (tiểu cầu, men gan, chức năng thận, protein niệu...) đóng vai trò then chốt để phân tầng nguy cơ và quyết định xử trí, đặc biệt là thời điểm kết thúc thai kỳ. TSG không đồng nhất về thời điểm khởi phát. TSG khởi phát sớm ( $< 34$  tuần) thường liên quan rối loạn nhau thai rõ, tiến triển nhanh và đòi hỏi theo dõi dày, trong khi TSG khởi phát muộn ( $\geq 34$  tuần) thường nhẹ hơn nhưng vẫn có thể gây biến cố mẹ-thai nếu không được quản lý phù hợp [2]. Từ góc độ hệ thống y tế, mỗi cơ sở sản khoa cần có bức tranh đặc điểm bệnh học tại chỗ để điều chỉnh quy trình sàng lọc, theo dõi và bố trí nguồn lực (điều trị nội trú, thuốc, hồi sức sơ sinh). Tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội, nhóm thai phụ từ  $\geq 28$  tuần là giai đoạn lâm sàng quyết định, khi cần cân nhắc giữa quản lý kỳ vọng và chấm dứt thai kỳ nhằm cân bằng lợi ích cho mẹ và thai. Tuy nhiên, dữ liệu mô tả có hệ thống về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân TSG trong bối cảnh thực hành của bệnh viện còn hạn chế, đặc biệt là diễn biến (từ lúc nhập viện, khi xác lập tiêu chí nặng đến thời điểm kết thúc thai kỳ) và khác biệt theo tuổi thai.

Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: "*Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng thai phụ mắc tiền sản giật từ 28 tuần tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội*". Kết quả kỳ vọng sẽ cung cấp bằng chứng tại chỗ giúp hoàn thiện quy trình sàng lọc-theo dõi, chuẩn hóa chỉ định xét nghiệm và can thiệp, tối ưu thời điểm kết thúc thai kỳ nhằm giảm biến chứng cho mẹ-thai và sử dụng hiệu quả nguồn lực điều trị tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Tất cả các sản phụ có đơn thai được chẩn đoán là tiền sản giật theo tiêu chuẩn ACOG 2020 với tuổi thai khi nhập viện từ 28 tuần 0 ngày, được theo dõi và điều trị tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội. Hồ sơ lưu trữ của mẹ và sơ sinh được ghi chép đầy đủ, rõ ràng về hành chính, chuyên môn (sản khoa và sơ sinh). Loại trừ các sản phụ mắc các bệnh lý

cấp cứu sản khoa, tiền sản giật có dấu hiệu nặng tại thời điểm nhập viện hoặc không xác định chính xác tuổi thai do không có siêu âm 3 tháng đầu thai kỳ và kinh nguyệt không đều hoặc không nhớ ngày đầu kì kinh cuối.

**2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:**

Thời gian lấy mẫu nghiên cứu tính từ tháng 1/2024 đến hết tháng 9/2025 tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội.

**2.3. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu

**2.4. Phương pháp phân tích số liệu:**

Chúng tôi dựa vào hệ thống bệnh án điện tử của bệnh viện xác định bệnh nhân phù hợp tiêu chuẩn lựa chọn nghiên cứu (bệnh nhân được chẩn đoán tiền sản giật với mã ICD tương ứng từ 28 tuần 0 ngày) hồi cứu thời gian từ 01/01/2024 đến 30/9/2025 tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội và mã bệnh án của nhóm đối tượng nghiên cứu. Nhập thông tin bệnh án nghiên cứu vào phần mềm Microsoft Excel 2019 và SPSS 20. Loại và loại bỏ các trường hợp thiếu dữ liệu cần trong nghiên cứu. Kết quả tính toán qua phần mềm SPSS 26.0 được trình bày dưới dạng biểu đồ, bảng biểu với các chỉ số về tỷ lệ phần trăm, giá trị trung bình ± độ lệch chuẩn với các biến định lượng. So sánh 2 tỷ lệ có ý nghĩa thống kê và kiểm định tính độc lập với kiểm định chi bình phương ( $\chi^2$ ) và kiểm định Fisher với p (tần suất kỳ vọng)  $\leq 0,05$ .

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Chúng tôi đã tiến hành phân tích trên 104 sản phụ theo tiêu chuẩn lựa chọn và có kết quả như sau:

**3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu và các yếu tố nguy cơ**

**Bảng 1. Đặc điểm chung và yếu tố nguy cơ của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm và các yếu tố nguy cơ		Tổng	
		n	%
Tuổi sản phụ	21-25 tuổi	17	16,3%
	26-30 tuổi	26	25%
	31-35 tuổi	37	35,6%
	> 35 tuổi	24	23,1%

**Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu**

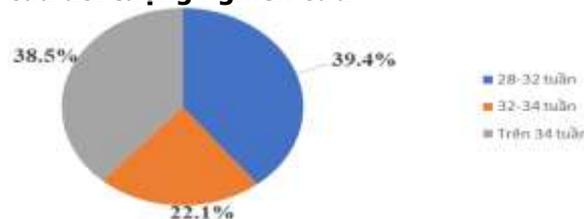
Đặc điểm lâm sàng	Thời điểm nhập viện/ thực hiện xét nghiệm		Thời điểm được chẩn đoán TSG có dấu hiệu nặng		Thời điểm kết thúc thai kỳ	
	n	%	n	%	n	%
Tăng huyết áp nặng (HA tâm thu $\geq 160$ mmHg và/hoặc tâm trương $\geq 110$ mmHg)	9	8,7%	29	27,9%	41	39,4%
Phù	76	73,1%				
Đau đầu mới xuất hiện, không đáp ứng thuốc	7	6,7%	23	22,1%	33	31,7%

BMI (kg/m <sup>2</sup> )	< 30 kg/m <sup>2</sup>	78	75%
	$\geq 30$ kg/m <sup>2</sup>	26	25%
Cách thức có thai	Có thai tự nhiên	77	74%
	IVF	26	25%
	IUI	1	1%
Bệnh lý kèm theo trong lần mang thai trước	Không	85	81,7%
	Tăng huyết áp thai kỳ	12	11,6%
	Tiền sản giật	7	6,7%
	Tiểu đường thai kỳ	0	0
	Rau tiền đạo/Rau cài răng lược	1	1%
	Chửa ngoài tử cung	1	1%
Tiền sử mắc bệnh lý nội khoa	Không	83	79,8%
	THA mạn tính	10	9,6%
	Đái tháo đường	3	2,9%
	Bệnh thận	1	1%
	Lupus ban đỏ hệ thống	1	1%
Hội chứng antiphospholipid	1	1%	
<b>Tổng</b>		<b>104</b>	<b>100%</b>

BMI: Body mass index

**Nhận xét:** Đa số sản phụ ở nhóm tuổi  $\geq 31$  (58,7%); tỷ lệ béo phì (BMI  $\geq 30$ ) là 25%. Tỷ lệ có thai nhờ IVF chiếm 25%, cao hơn dân số sản khoa chung, phản ánh nhóm nghiên cứu nguy cơ cao cho TSG. Tiền sử bất lợi (THA thai kỳ 11,6%; TSG 6,7%) và các bệnh nền có ý nghĩa gồm THA mạn (9,6%), ĐTD (2,9%), lupus (1%), APS (1%).

**3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu**



**Biểu đồ 1. Phân bố tỷ lệ sản phụ mắc TSG theo các nhóm tuổi thai**

**Nhận xét:** Tỷ lệ sản phụ có TSG được chẩn đoán chủ yếu ở hai mốc tuổi thai 28–32 tuần (39,4%) và >34 tuần (38,5%); nhóm 32–34 tuần chiếm 22,1%.

giảm đau						
Đau bụng thượng vị	0	0	0	0	0	0
Co giật (Sản giật)	0	0	0	0	0	0
Phù phổi	0	0	1	1%	1	1%
Rối loạn tuần hoàn rau thai (Thai chậm tăng trưởng trong tử cung, bất thường doppler động mạch rốn, thai chết lưu)	37	36,3%	36	57,1%	40	39,2%
<b>Đặc điểm cận lâm sàng</b>	<b>X ± SD</b>		<b>X ± SD</b>		<b>X ± SD</b>	
Protein niệu	1,8 ± 0,26		1,98 ± 0,38		2,8 ± 0,5	
Creatinin huyết thanh	63,7 ± 1,53		66,94 ± 1,49		67,76 ± 1,49	
Tiểu cầu	231,98 ± 7,44		223,52 ± 7,52		216,4 ± 8,52	
AST	26,17 ± 1,65		30,21 ± 3		30,2 ± 3,08	
ALT	22,05 ± 2,75		26,88 ± 3,66		27,12 ± 4	

**Nhận xét:** Tỷ lệ sản phụ có tăng huyết áp nặng tăng từ 8,7% lúc nhập viện lên 27,9% khi xác lập tiêu chí nặng và đạt 39,4% tại thời điểm kết thúc thai kỳ; đồng thời các triệu chứng thần kinh (đau đầu kháng trị) tăng từ 6,7% lên 31,7%. Về cận lâm sàng, protein niệu tăng dần, trong khi creatinin và men gan chỉ tăng nhẹ ở mức trung bình.

**Bảng 3. Đặc điểm xét nghiệm yếu tố mạch máu PIGF, sFlt-1**

Xét nghiệm	Tuổi thai từ 28 - 32 tuần	Tuổi thai từ 32 - 34 tuần	Tuổi thai > 34 tuần	P
Nồng độ sFlt-1	9879 (5358-12795)	10406 (5758-16228)	6390,5 (3805,5-11155,5)	0,032
Nồng độ PIGF	50,42 (39,74-70)	75,93 (42,9-132,2)	114,5 (75,76-164,05)	0,0001
Nồng độ sFlt-1/PIGF	182,52 (116,71-380,16)	132,53 (63,03-441,23)	55,47 (35,71-104,97)	0,0001
n	41	23	40	

**Nhận xét:** Ở nhóm TSG khởi phát sớm (28–34 tuần), nồng độ sFlt-1 cao và PIGF thấp dẫn đến tỷ số sFlt-1/PIGF trung vị lần lượt là 182,5 (IQR 116,7–380,2) và 132,5 (63,0–441,2), cao hơn đáng kể so với nhóm >34 tuần (55,5; 35,7–105,0; P<0,001). Kết quả phù hợp cơ chế bệnh sinh và cho thấy tỷ số có khả năng phân tầng nguy cơ theo tuổi thai; phần lớn ca 28–34 tuần vượt ngưỡng >85.

**IV. BÀN LUẬN**

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 104 sản phụ mắc TSG từ ≥28 tuần cho thấy quần thể có nguy cơ nền cao tuổi mẹ >35 chiếm 23,1%, béo phì (BMI ≥30 kg/m<sup>2</sup>) 25,0%, tiền sử THA thai kỳ/TSG 18,3%, THA mạn 9,6%, và bệnh lý miễn dịch hiếm gặp như lupus hay kháng phospholipid (mỗi loại 1%). Các đặc điểm này nhất quán với khuyến cáo hiện hành: NICE xếp TSG/THA thai kỳ trước, THA mạn, đái tháo đường, bệnh thận mạn, bệnh tự miễn (SLE/APS) vào nhóm nguy cơ cao và coi tuổi ≥40 cùng BMI ≥35 kg/m<sup>2</sup> là yếu tố nguy cơ trung bình. Dù ngưỡng trong nghiên cứu của chúng tôi (tuổi >35; BMI ≥30) thấp hơn so với NICE, xu hướng gia tăng nguy cơ theo tuổi mẹ cao và béo phì là phù hợp với bằng chứng quốc tế. Trong quần thể của chúng tôi, thai phụ mắc TSG được chẩn đoán tập trung ở 28–32 tuần (39,4%) và >34 tuần (38,5%), trong khi 32–34 tuần chiếm 22,1%; tính gộp, TSG khởi phát sớm <34 tuần

đạt 61,5%. Cơ cấu này phản ánh đúng bối cảnh bệnh viện tuyến cuối, nơi các ca nghi ngờ nặng/khởi phát sớm được chuyển tuyến nhiều hơn, và cho thấy nhu cầu phân tầng nguy cơ ngắn hạn để cân bằng giữa kéo dài thai kỳ và an toàn mẹ-thai.

Các dấu hiệu HA nặng và triệu chứng thần kinh trong nghiên cứu của chúng tôi tăng từ lúc nhập viện tới thời điểm chấm dứt thai kỳ (HA nặng 8,7% → 39,4%; đau đầu 6,7% → 31,7%), tương đồng với các đoàn hệ TSG theo dõi nội trú với tỷ lệ dấu hiệu nặng dao động 20–50% theo nghiên cứu của Brown MA (2018) [3]. Về cận lâm sàng, protein niệu tăng, tiểu cầu giảm – men gan có xu hướng tăng – creatinin tăng nhẹ tái hiện đúng quy luật tiến triển được mô tả trong y văn; tuy nhiên, creatinin và tiểu cầu phần lớn chưa đạt ngưỡng nặng theo tiêu chuẩn chẩn đoán. Ngoài các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng để xác định tiền sản giật có dấu hiệu nặng, hiện nay một số khuyến cáo và nghiên cứu cũng đã đưa coi dấu hiệu rối loạn chức năng tử cung – rau (FGR, Doppler rốn/động mạch tử cung bất thường) là tiêu chuẩn chẩn đoán/điểm nặng của TSG, đặc biệt ở nhóm < 34–35 tuần [4] [3]. Trong mẫu của chúng tôi, tỷ lệ rối loạn tưới máu tử cung–nhau tại thời điểm chẩn đoán nặng là 57,1%, mức này phù hợp với nghiên cứu của Rana (2019) cho thấy FGR gặp tới ~50% trong TSG khởi phát sớm, trong khi TSG khởi

phát muộn có tỷ lệ thấp hơn đáng kể [5].

Về sinh học rau thai, nồng độ sFlt-1 cao ở giai đoạn 28–34 tuần, PIGF tăng dần theo tuổi thai, kéo theo tỷ số sFlt-1/PIGF giảm mạnh từ nhóm 28–32 tuần đến  $\geq 34$  tuần ( $p < 0,001$ ). Các nghiên cứu đoàn hệ châu Âu (Verlohren và cs.; Zeisler và cs.) đều cho thấy PIGF thấp rõ và sFlt-1 cao ở TSG khởi phát sớm ( $< 34$  tuần), dẫn tới tỷ số sFlt-1/PIGF lớn; ở TSG  $\geq 34$  tuần, PIGF “đỡ thấp hơn”, sFlt-1 giảm, nên tỷ số thấp hơn [6]. Kết quả xét nghiệm tỷ số sFlt-1/PIGF của chúng tôi tái hiện đúng xu hướng này: 182,5 (28–32 tuần)  $>$  132,5 (32–34 tuần)  $>>$  55,5 ( $> 34$  tuần). TSG khởi phát sớm ( $< 34$  tuần) chiếm 61,5%, cao hơn TSG khởi phát muộn ( $\geq 34$  tuần) 38,5%. Điều này cho thấy quần thể nghiên cứu thiên về nguy cơ do rau thai (mất cân bằng yếu tố tạo mạch, rối loạn tưới máu tử cung–nhau). Điều này nhất quán với kết quả cận lâm sàng: sFlt-1 cao/PIGF thấp ở giai đoạn 28–34 tuần và tỷ số sFlt-1/PIGF giảm dần theo tuổi thai.

## V. KẾT LUẬN

Trong bối cảnh bệnh viện tuyến cuối, chúng tôi chỉ phân tích trên nhóm sản phụ mắc tiền sản giật (TSG) từ  $\geq 28$  tuần, mẫu nghiên cứu có đặc

điểm nguy cơ cao TSG và tỷ lệ sản phụ có TSG khởi phát sớm cao hơn TSG khởi phát muộn. Diễn tiến lâm sàng tăng dần theo thời gian với tỷ lệ tăng huyết áp nặng và triệu chứng thần kinh gia tăng rõ, phù hợp với cơ chế rối loạn nội mô và suy giảm tưới máu rau thai. Về cận lâm sàng, nồng độ sFlt-1 cao ở TSG khởi phát sớm, PIGF thấp và vì vậy tỷ số sFlt-1/PIGF giảm theo tuổi thai.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **W. H. Organization.**, "WHO recommendations for prevention and treatment of preeclampsia and eclampsia. World Health Organization.," 2011.
2. **"Gestational Hypertension and Preeclampsia: ACOG Practice Bulletin, Number 222. Obstet Gynecol,"** Obstet Gynecol, 2020.
3. **M. L. e. a. Brown MA,** "The hypertensive disorders of pregnancy: ISSHP classification, diagnosis & management recommendations.," Hypertension., 2018.
4. **"Hypertension in pregnancy: diagnosis and management,"** NICE Clinical Guideline, 2023.
5. **L. E. G. J. K. S. Rana S,** "Preeclampsia: Pathophysiology, challenges, and perspectives," Circ Res, 2019.
6. **G. A. S. D. e. a. Verlohren S.,** "An automated method for the determination of the sFlt-1/PIGF ratio in the assessment of preeclampsia," Am J Obstet Gynecol, 2010.

# KẾT QUẢ MỘT TRƯỜNG HỢP BỤNG TO BẤT THƯỜNG ĐƯỢC PHẪU THUẬT TẠO HÌNH THÀNH BỤNG

Nguyễn Trung Hiếu<sup>1</sup>, Phạm Trịnh Quốc Khanh<sup>2</sup>,  
Nguyễn Hồng Nhung<sup>3</sup>, Hoàng Minh Tú<sup>2\*</sup>

## TÓM TẮT

Tạo hình thành bụng mở rộng giống với kỹ thuật tạo hình thành bụng toàn phần nhưng đường rạch da được kéo dài ra hai bên, vượt qua gai chậu trước trên. Phần lớn bệnh nhân tạo hình thành bụng đều phù hợp với kỹ thuật tạo hình thành bụng toàn phần, tuy nhiên trong một số trường hợp sẽ để lại tai chỏ và không giải quyết hết phần da chùng nhão, dư thừa vùng hông, eo. Trong khi đó, nếu áp dụng kỹ thuật tạo hình thành bụng toàn chu vi lại không mang lại nhiều lợi ích. Trường hợp lâm sàng là bệnh nhân nữ 48 tuổi, với tình trạng thừa da, mỡ, chùng nhão da mô mềm vùng bụng, có tình trạng giãn cân cơ thành

bụng trước sau giảm cân. Bệnh nhân được thực hiện tạo hình thành bụng mở rộng kèm hút mỡ toàn bộ. Diện tích da mỡ cắt bỏ khoảng 90x25 cm, tổng khối lượng mỡ hút và da mỡ lấy khoảng 7kg. Bệnh nhân hài lòng với đường mổ liên mẫu chuyển kéo dài đến gai chậu sau trên.

**Từ khóa:** tạo hình thành bụng, tạo hình thành bụng mở rộng, tạo hình thành bụng toàn chu vi.

## SUMMARY

### EXTENDED ABDOMINOPLASTY - A CLINICAL CASE STUDY

Extended abdominoplasty is similar to standard full abdominoplasty; however, the skin incision is extended laterally beyond the anterior superior iliac spines. Most patients undergoing abdominoplasty are suitable candidates for standard full abdominoplasty; nevertheless, in certain cases, this technique may result in residual dog-ear deformities and fail to adequately address redundant, lax skin in the flank and waist regions. In contrast, circumferential abdominoplasty may not provide significant additional benefits in these situations. The clinical case involved a 48-year-old female patient presenting with

<sup>1</sup>Bệnh viện đa khoa Thành Phố Cần Thơ

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Minh Tú

Email: hmtu@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 24.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025