

dinh dưỡng dẫn đến tử vong cho mẹ và bé. Góp phần làm phong phú thêm vào dữ liệu cho nghiên cứu sức khỏe sinh sản của phụ nữ Việt Nam.

## V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ sản phụ có nguy cơ về dinh dưỡng bằng thang đo dinh dưỡng của Trung tâm dinh dưỡng thành phố Hồ Chí Minh 18,3% (KTC95%: 14,6 – 22,1). Sản phụ khám thai không đầy đủ tăng nguy cơ bất thường dinh dưỡng gấp 6,1 lần (KTC95%: 3,3 – 11,1; p=0,000). Sản phụ không được tư vấn dinh dưỡng tăng nguy cơ bất thường dinh dưỡng gấp 5,4 lần (KTC95%: 2,9 – 9,9; p=0,000). Nên áp dụng thang đo đánh giá nguy cơ dinh dưỡng cho tất cả thai phụ trong quá trình khám thai trong thai kỳ và sau sinh tại các bệnh viện. Cần có thêm nghiên cứu áp dụng thang đo dinh dưỡng trong giai đoạn theo dõi trước sinh để thấy được hiệu quả can thiệp ở các trường hợp bất thường dinh dưỡng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Paola Castrogiovanni and Rosa Imbesi (2017), "The Role of Malnutrition during Pregnancy and Its Effects on Brain and Skeletal Muscle Postnatal Development", Journal of Functional Morphology and Kinesiology.

2. Bộ Y tế (2017), Hướng dẫn quốc gia về dinh dưỡng cho Phụ nữ có thai và bà mẹ cho con bú - Ban hành kèm theo Quyết định số 776/QĐ-BYT ngày 08 tháng 3 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế, Vụ Sức khỏe Bà mẹ - Trẻ em Hà Nội.
3. Lanzone A Triunfo S (2015), "Impact of maternal under nutrition on obstetric outcomes", J Endocrinol Invest. 38(1), pp 31 - 8.
4. H. Dang Yan, S. Zhang, Y. S. Luo (2020), "Dietary patterns of Chinese women of childbearing age during pregnancy and their relationship to the neonatal birth weight", Nutr J. 19(1), 89.
5. Pellowski JA Zar HJ, Cohen S, (2019), "Maternal health and birth outcomes in a South African birth cohort study", PLoS One. 14(11).
6. Bệnh viện đa khoa khu vực Củ Chi (2017), Quyết định số: 897/BVĐK - thực hiện phiếu đánh giá tình trạng dinh dưỡng và ghi mã số chế độ ăn vào HSBA ngày 26/10/2017, BVĐK Củ Chi, Thành phố Hồ Chí Minh.
7. Trung tâm dinh dưỡng Thành phố Hồ Chí Minh (2019), Mẫu 02 - TTDD Phiếu đánh giá tình trạng dinh dưỡng do Trung tâm Dinh dưỡng Thành phố Hồ Chí Minh xây dựng dưới sự hỗ trợ của UNICEF tại Việt Nam, Thành phố Hồ Chí Minh, Trung tâm Dinh dưỡng Thành phố Hồ Chí Minh.
8. Tô Mai Xuân Hồng, Đỗ Đình Trung (2021), "Đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo thang đo của trung tâm dinh dưỡng Tp.HCM đối với thai phụ đến sinh tại bệnh viện đa khoa khu vực phía Nam Bình Thuận", Tạp chí Y học Việt Nam. 502(2), tr. 25 - 29.

## KẾT CỤC THAI KỲ VÀ NHỮNG YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TIỀN SẢN GIẬT NẶNG TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI TRÀ VINH

Võ Minh Tiên<sup>1</sup>, Bùi Chí Thương<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỷ lệ kết cục thai kỳ xấu và các yếu tố liên quan ở sản phụ có tiền sản giật nặng tại bệnh viện Sản Nhi Trà Vinh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu mô tả dọc hồi cứu khảo sát 236 trường hợp được chẩn đoán tiền sản giật nặng tại bệnh viện Sản Nhi Trà Vinh trong gian đoạn từ 2018 – 2021. **Kết quả:** Kết cục thai kỳ xấu 27,5% (KTC 95%: 22,0 – 33,5). Yếu tố liên quan đến kết cục thai kỳ xấu của mẹ và bé trong đó sản phụ người dân tộc Khmer tăng nguy cơ gặp kết cục xấu gấp 2,9 lần (OR=2,9; KTC95%: 1,4 – 6,3). Sản phụ sinh con có tuổi thai < 37 tuần tăng nguy cơ gặp kết cục xấu gấp 5,1 lần (OR=2,9; KTC95%: 2,3 – 11,1). Sản phụ chỉ số Creatinine  $\geq$  100 mmol/L tăng

nguy cơ gặp kết cục thai kỳ xấu gấp 23,5 lần (OR=23,59; KTC95%: 3,6 – 151,3). **Kết luận:** Nguy cơ gặp kết cục thai kỳ xấu ở người dân tộc Khmer cao hơn so với dân tộc Kinh. Dự phòng sinh non và theo dõi suy thận tiến triển góp phần giảm kết cục thai kỳ xấu.

**Từ khóa:** kết cục thai kỳ, tiền sản giật, tiền sản giật nặng

### SUMMARY

#### PREGNANCY OUTCOMES AND FACTORS ASSOCIATED WITH SEVERE PREECLAMPSIA AT TRA VINH OBSTETRICS AND PEDIATRICS HOSPITAL

**Objectives:** To determine the rate of poor pregnancy outcomes and related factors in pregnant women with severe preeclampsia at Tra Vinh Obstetrics and Pediatrics Hospital. **Methods:** Design a retrospective longitudinal descriptive study to survey 236 cases of preeclampsia with severe signs at Tra Vinh Obstetrics and Children's Hospital in the period from 2018 to 2021. **Results:** Bad pregnancy outcome 27.5% (95% CI: 22.0 – 33.5). Factors related to poor pregnancy outcomes for both mother and baby, in which Khmer women have an increased risk of bad

<sup>1</sup>Bệnh viện Sản – Nhi Trà Vinh

<sup>2</sup>Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Võ Minh Tiên

Email: drvomintien@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 18.10.2022

Ngày duyệt bài: 28.10.2022

outcomes 2.9 times (OR=2.9; 95% CI: 1.4 – 6). 3). Women giving birth with a gestational age < 37 weeks had an increased risk of a poor outcome 5.1 times (OR=2.9; 95% CI: 2.3 – 11.1). Women with a Creatinine index  $\geq 100$  mmol/L increased the risk of the overall outcome 23.5 times (OR=23.59; 95% CI: 3.6 – 151.3). **Conclusion:** The bad pregnancy outcomes is higher among Khmer ethnic group than Kinh ethnic group. Prophylaxis of preterm birth and monitoring of progressive renal failure contribute to a reduction in poor pregnancy outcomes.

**Keywords:** pregnancy outcome, preeclampsia, severe preeclampsia

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiền sản giật là một rối loạn đa cơ quan với đặc trưng là sự khởi phát mới của tăng huyết áp và protein niệu sau tuần 20 của thai kỳ, chiếm 2 – 8% tổng số sản phụ trên toàn thế giới (1). Ở Việt Nam, tiền sản giật là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở sản phụ với tỉ lệ mắc là 4 – 8% (2). Một số nghiên cứu thực hiện tại Bệnh viện Từ Dũ cho thấy 18,2% sản phụ có kết cục thai kỳ xấu (3).

Tiền sản giật được phân loại nặng khi đi kèm với tăng huyết áp nghiêm trọng và/hoặc có bằng chứng tổn thương cơ quan đích (4). Các kết cục xấu ở mẹ chiếm 5,9% tổng số ca, bao gồm: hội chứng HELLP (tán huyết, tăng men gan và giảm tiểu cầu, 2 – 25%), tổn thương thận cấp (0,3-5%), phù phổi cấp (0,6 – 5%), nhau bong non (0,3 – 4%) và tử vong (0 – 1,7%). Các kết cục xấu ở con bao gồm: thai chậm tăng trưởng trong tử cung (chiếm 50% các trường hợp tiền sản giật nặng), suy thai, thai chết lưu (chiếm 41% trường hợp bị hội chứng HELLP dưới 30 tuần), sinh non tháng (24% các trường hợp tiền sản giật), sinh non cần và tăng huyết áp ở trẻ sơ sinh (5). Nguyễn Thanh Hưng (2019) khi nghiên cứu kết cục thai kỳ của tiền sản giật nặng ở tuổi thai 28 đến 32 tuần tại Bệnh viện Từ Dũ cho kết cục thai kỳ xấu ở mẹ là 18,2%, ở con là 59,4% và kết cục xấu chung là 65,1% (3). Chấm dứt thai kỳ là biện pháp điều trị triệt để duy nhất, đối với TSG. Trường hợp bệnh nhân tiền sản giật nặng nếu không điều trị kịp thời, sẽ dẫn đến nguy cơ sản giật xảy ra bất cứ lúc nào. Khi sản giật xảy ra thì tử vong cho mẹ và thai nhi tăng lên đáng kể, do đó việc phát hiện bệnh sớm và điều trị kịp thời, tích cực tiền sản giật nặng là rất cần thiết và khẩn trương để giảm tai biến cho mẹ và con.

Bệnh viện Sản Nhi Trà Vinh là Bệnh viện chuyên khoa hạng II và tuyến điều trị chuyên khoa Sản – Nhi cao nhất của tỉnh Trà Vinh, là nơi tiếp nhận những ca bệnh khó, vượt khả năng của các bệnh viện tuyến dưới. Nếu biết được kết

cục thai kỳ và các yếu tố liên quan của tiền sản giật nặng sẽ giúp cho ngành y tế địa phương xây dựng chiến lược phòng chống bệnh, giúp các sản phụ được phát hiện bệnh sớm và điều trị sớm cũng như giảm bớt những biến chứng xảy ra trong thai kỳ. Hiện tại Bệnh viện Sản Nhi Trà Vinh cũng chưa có nghiên cứu về tiền sản giật nặng. Vì thế, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Kết cục thai kỳ và những yếu tố liên quan đến tiền sản giật nặng tại Bệnh viện Sản Nhi Trà Vinh". Với câu hỏi nghiên cứu: "Tỉ lệ kết cục thai kỳ xấu ở mẹ và con của những trường hợp được chẩn đoán tiền sản giật nặng tại Bệnh viện Sản Nhi Trà Vinh là bao nhiêu và các yếu tố liên quan đến các kết cục thai kỳ xấu này là gì?"

### Mục tiêu nghiên cứu

1. Xác định tỷ lệ kết cục thai kỳ xấu liên quan đến tiền sản giật nặng tại bệnh viện Sản Nhi Trà Vinh.

2. Khảo sát một số yếu tố liên quan đến kết cục thai kỳ xấu của tiền sản giật nặng tại Bệnh viện Sản Nhi Trà Vinh.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả dọc hồi cứu

### - Tiêu chuẩn chọn mẫu

+ Thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán tiền sản giật nặng theo tiêu chuẩn của Hiệp hội Sản phụ khoa Hoa Kỳ năm 2020: TSG kèm theo ít nhất 1 trong các dấu hiệu: 1

+ Được điều trị tại Bệnh viện Sản Nhi Trà Vinh.

### - Tiêu chuẩn loại trừ

+ Có bệnh lý tim mạch, đái tháo đường, gan, thận đang điều trị.

+ Các trường hợp không thu thập đầy đủ thông tin.

- **Cỡ mẫu.** Được tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ trong quần thể với độ chính xác tuyệt đối.

$$= \frac{z_{1-\alpha/2}^2 P(1-P)}{n}$$

Z: trị số từ phân phối chuẩn  $Z_{1-\alpha/2}^2 = 1,96^2$ .

$\alpha$ : xác suất sai lầm loại I,  $\alpha = 0,05$ .

d = 0,06 (độ chính xác tuyệt đối).

p: tỷ lệ ước lượng tiền sản giật nặng trong những trường hợp tiền sản giật. Theo nghiên cứu của Dương Mỹ Linh (2018) (6), tỷ lệ tiền sản giật nặng trong những trường hợp tiền sản giật chiếm 69,6% nên chúng tôi chọn p = 0,696.

Từ đó tính ra được cỡ mẫu tối thiểu là 226 sản phụ.

- Thời gian: 11/2021 – 8/2022

- Địa điểm: Bệnh viện Sản Nhi Trà Vinh

**- Quy trình thực hiện**

Bước 1: Sàng lọc đối tượng nghiên cứu. Trong thời gian từ 01/10/2021 đến 30/06/2022, chúng tôi sẽ truy cập vào phần mềm quản lý hồ sơ bệnh án của Bệnh viện Sản Nhi Trà Vinh, lọc kết quả dựa trên mã ICD của TSG nặng (O14.1) và thu thập toàn bộ những trường hợp được chẩn đoán TSG nặng, nhập viện điều trị trong khoảng thời gian từ 01/2016 đến 9/2021.

Bước 2: Thu thập số liệu. Chúng tôi lập danh sách các trường hợp được chẩn đoán TSG nặng theo mã số bệnh án, liên hệ phòng KHTH để trích lục hồ sơ bệnh án.

Bước 3: Chọn bệnh vào nghiên cứu. Chọn bệnh theo tiêu chuẩn nhận vào và tiêu chuẩn loại trừ.

Bước 4: Kết thúc nghiên cứu. Tổng hợp và hoàn chỉnh các phiếu thu thập số liệu của mỗi bệnh nhân, kiểm tra lại số liệu bằng cách đối chiếu với hồ sơ bệnh án hay gọi điện thoại phỏng vấn bệnh nhân, phân tích kết quả và viết luận văn.

➤ **Nội dung nghiên cứu**

**- Tiêu chuẩn đánh giá tiền sản giật nặng:**

+ Huyết áp tâm thu  $\geq 160$  mmHg hoặc huyết áp tâm trương  $\geq 110$  mmHg qua 2 lần đo cách nhau ít nhất 4 giờ khi bệnh nhân đã nghỉ ngơi (trừ trường hợp thuốc hạ áp đã được sử dụng trước đó)

+ Giảm tiểu cầu: tiểu cầu  $< 100.000/\mu\text{L}$ .

+ Suy giảm chức năng gan: men gan tăng (gấp đôi so với bình thường), đau nhiều ở hạ sườn phải hoặc đau thượng vị không đáp ứng với thuốc và không có nguyên nhân khác.

+ Suy thận tiến triển (creatinin huyết thanh  $> 1,1$  mg/dL hoặc gấp đôi nồng độ creatinin huyết thanh bình thường mà không do bệnh lý thận khác)

+ Phù phổi.

+ Các triệu chứng của não và thị giác: đau đầu không đáp ứng với thuốc giảm đau mà không có nguyên nhân khác, rối loạn thị giác.

**- Kết cục xấu cho mẹ và bé khi có một trong các dấu hiệu sau:**

• Tử vong mẹ

• Biến chứng sau sinh: Sản giật, hội chứng HELLP, nhau bong non, tổn thương thận, phù phổi, xuất huyết não.

• Thai nhẹ cân so với tuổi thai.

• Thai chậm phát triển trong tử cung.

• Thai chết lưu trong tử cung.

• Tử vong sơ sinh.

- Tiền sản giật nặng có kết cục thai kỳ xấu chung là khi mẹ có kết cục thai kỳ xấu hoặc con có kết cục thai kỳ xấu hoặc cả hai.

➤ **Xử lý và phân tích số liệu.** Số liệu được nhập bằng phần mềm EpiData 4.6, quản lý và xử lý bằng phần mềm Stata 14.0. Tần số và phần trăm được tính toán cho những biến số định tính; trung bình và độ lệch chuẩn được sử dụng cho những biến số định lượng có phân phối bình thường. Nếu biến số định lượng có phân phối không bình thường thì trung vị và khoảng tứ phân vị được sử dụng thay thế.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Trong thời gian từ tháng 09/2016 đến hết tháng 09/2021 tại Bệnh viện Sản - Nhi Trà Vinh, chúng tôi tiến hành thu thập được 236 HSBA đủ điều kiện thu thập đưa vào mẫu nghiên cứu với kết quả như sau:

**3.1. Đặc điểm nhân khẩu học – xã hội**

**Bảng 1: Đặc điểm nhân khẩu học-xã hội**

Đặc điểm		n=236	Tỷ lệ
Nhóm tuổi	< 35	145	61,4
	$\geq 35$	91	38,6
Địa chỉ	Thành thị	27	11,4
	Nông thôn	209	88,6
Nghề nghiệp	Nông dân	10	4,2
	Công nhân viên	72	30,5
	Nội trợ	140	59,3
	Buôn bán	11	4,7
	Tự do	3	1,3
Trình độ học vấn	< THCS	16	6,8
	THCS	77	32,6
	THPT	75	31,8
	> THPT	68	28,8
Dân tộc	Kinh	120	50,8
	Khác	116	49,2

**Nhận xét:** Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu  $31,4 \pm 6,8$ . Sản phụ chủ yếu sống ở nông thôn chiếm 88,6%. Nghề nghiệp chủ yếu là nội trợ chiếm đến 59,3. Trình độ học vấn chủ yếu là trung học phổ thông là 31,8% và trung học cơ sở là 32,6%. Tỷ lệ người dân tộc 49,2% dân tộc Khmer.

**3.2. Đặc điểm kết cục thai kỳ của mẹ**

**Bảng 2: Đặc điểm kết cục thai kỳ của mẹ**

Đặc điểm		n=236	Tỷ lệ
Khởi phát chuyển dạ	Không	227	96,2
	Có	9	3,8
Phương pháp chấm dứt thai kỳ	Sinh thường	65	27,5
	Sinh mổ	171	72,5
Thời gian theo dõi trước sinh	< 1 ngày	168	71,2
	1 – 3 ngày	63	26,7
	> 3 ngày	5	2,1
Thời gian nằm viện sau sinh	3 – 5 ngày	163	69,1
	> 5 ngày	73	30,9
Biến chứng sau	Sản giật	4	1,7

sinh	Nhau bong non	31	13,1
	Tổn thương thận	13	5,5
	Hội chứng HELLP	3	1,3
Lý do xuất viện	Ổn	230	97,5
	Chuyển viện/xin về	6	2,5

**Nhận xét:** Sản phụ có thực hiện khởi phát chuyển dạ là 3,8%. Phương pháp chấm dứt thai kỳ phổ biến là sinh mổ 72,5%. Thời gian nằm viện trung bình 5,44 ± 1,65 ngày. Thời gian theo dõi trung bình 0,5 ± 1,1 ngày. Các biến chứng sau sinh chủ yếu là nhau bong non 13,1% và tổn thương thận 5,5%. Một số biến chứng nghiêm trọng khác như sản giật (1,7%) và hội chứng HELLP là (1,3%). Chỉ có 6 trường hợp chuyển viện điều trị hoặc xin về 2,5%.

**3.3. Đặc điểm kết cục thai kỳ của trẻ**

**Bảng 3: Kết cục thai kỳ của trẻ**

Đặc điểm	n=236	Tỷ lệ
Thai lưu	Không	231 97,9
	Có	5 2,1
Cân nặng trẻ sơ sinh	< 2500 gram	58 24,6
	2500 – 3399 gram	124 52,5
	≥ 3400 gram	54 22,9
APGAR 1 phút	≤3 điểm	5 2,1
	Từ 4 đến 6 điểm	29 12,3
	≥7 điểm	202 85,6
APGAR 5 phút	≤3 điểm	5 2,1
	Từ 4 đến 6 điểm	9 3,8
	≥7 điểm	222 94,1
Gửi dưỡng nhi	29	12,3
Thở Oxy	23	9,7
Thở CPAP	9	3,8
Trẻ tử vong sau sinh	5	2,1

**Nhận xét:** Trường hợp thai lưu trong nghiên cứu có 5 trường hợp chiếm 2,1%. Cân nặng trung bình của trẻ là 2858,3 ± 711,7. Tỷ lệ trẻ nhẹ cân <2500 gram là 24,6%. Chỉ số Apgar thấp ≤3 điểm 1 phút và 5 phút là 2,1%. Trong đó trường hợp trẻ có Apgar từ 4-6 điểm ở 1 phút là 12,3% đến 5 phút giảm còn 4,2%. Trẻ phải gửi dưỡng nhi điều trị chiếm 12,3%. Trong đó 9,7% thở oxy và 3,8% trẻ thở CPAP. Trẻ tử vong sau sinh là 2,1%.

**3.4. Yếu tố liên quan đến kết cục thai kỳ chung của mẹ và con**

**Bảng 4: Mô hình hồi quy đa biến với kết cục thai kỳ chung**

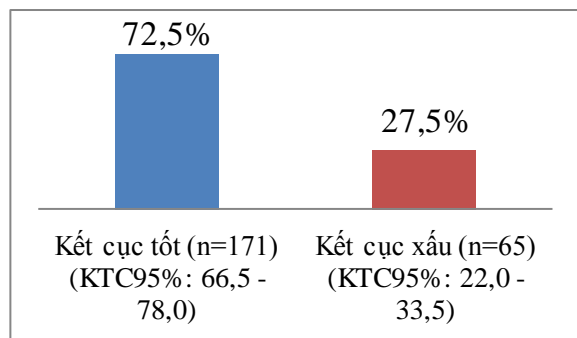
Đặc điểm	OR thô	OR hiệu chỉnh	KTC 95%*	p*
Dân tộc				

Kinh	1	1		
Khmer	1,9	2,9	1,4-6,3	<b>0,006</b>
<b>Tuổi thai</b>				
≥ 37 tuần	1	1		
< 37 tuần	7,1	5,1	2,3-11,1	<b>0,000</b>
<b>Creatinin (mmol/L)</b>				
< 100	1	1		
≥100	17,2	23,5	3,6-151,3	<b>0,001</b>

**p\*: Hồi quy đa biến**

**Nhận xét:** Sản phụ người dân tộc Khmer, trường hợp tuổi thai <37 tuần và chỉ số Creatinine ≥100 mmol/L tăng nguy cơ gặp kết cục thai kỳ xấu gấp 2,9-23,5 lần. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

**3.5. Kết cục thai kỳ xấu của mẹ và trẻ**



**Biểu đồ 1: Kết cục thai kỳ xấu/tốt chung của mẹ và trẻ**

**IV. BÀN LUẬN**

Kết cục xấu chung của mẹ và con chúng tôi tổng hợp kết cục xấu của mẹ và con hoặc cả 2. Trường hợp không có kết cục thai kỳ xấu bao gồm các trường hợp không có các dấu hiệu trên. Kết cục thai kỳ xấu chung 27,5% (KTC 95%: 22,0 – 33,5) bao gồm 65/236 trường hợp. Kết cục tốt chung 72,5% (KTC 95%: 66,5 – 78,0) bao gồm 171/236 trường hợp.

So sánh với kết quả nghiên cứu của tác giả Phạm Văn Nhỏ là khảo sát kết cục thai kỳ chung của mẹ và con ở sản phụ dân tộc Khmer được chẩn đoán THATK với tỉ lệ kết cục thai kỳ xấu là 27,3% gần tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi. Nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thanh Hưng là 34,9% (3). Nghiên cứu của chúng tôi cao hơn của nghiên cứu của Kate Bramham (24,5%) tổng hợp kết quả của 55 nghiên cứu đủ điều kiện đã được xác định, bao gồm 795.221 trường hợp mang thai. Phụ nữ bị THA mạn có nhập viện sơ sinh (20,5%) và tử vong chu sinh (4,0%) (7).

Nhìn chung kết cục thai kỳ xấu trong nghiên cứu của chúng tôi cao so với Phạm Văn Nhỏ, và Kate Bramham nguyên nhân do đối tượng chọn

mẫu trong nghiên cứu của chúng là đối tượng có TSG nặng vì vậy kết cục thai kỳ có thể cao hơn. Đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi gần giống với Nguyễn Thanh Hưng đều trên nền tiền sản giật nặng. Tuy nhiên, trong đối tượng của Nguyễn Thanh Hưng trên nền tiền sản giật khởi phát sớm từ 28 – 32 tuần nên tỷ lệ của chúng tôi thấp hơn so với Nguyễn Thanh Hưng.

Sau khi phân tích hồi quy đơn biến của các biến số, để kiểm soát các yếu tố gây nhiễu, chúng tôi đưa 11 biến số có  $p < 0,2$  vào phân tích đa biến. Bao gồm: Dân tộc, nghề nghiệp, tiền sử mắc TSG, tuổi thai, huyết áp tâm thu và tâm trương, tình trạng đau đầu, rối loạn thị giác, tăng chỉ số AST, ALT và Creatinine

Sản phụ người dân tộc Khmer tăng nguy cơ gặp kết cục xấu gấp 2,9 lần. OR hiệu chỉnh tăng 1,0 lần so với OR thô. Nhiều nghiên cứu cho thấy nguy cơ tăng huyết áp cao hơn ở đối tượng người dân tộc Khmer so với người Kinh. Nguyên nhân có thể do thói quen sinh hoạt, thói quen ăn mặn, việc khám thai không đầy đủ có thể làm tăng nguy cơ gặp kết cục thai kỳ xấu đặc biệt trên nền sản phụ có tiền sản giật nặng.

Sản phụ chỉ số Creatinine  $\geq 100.000$  tăng nguy cơ gặp kết cục xấu gấp 23,5 lần. OR hiệu chỉnh tăng 6,3 lần so với OR thô. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Tổn thương thận cấp cũng là một biến chứng hay gặp ở sản phụ TSG nặng. Xét nghiệm Creatinine máu là một xét nghiệm cần thiết trong dự phòng các biến chứng nguy hiểm từ tiền sản giật, đặc biệt là tiền sản giật nặng.

Sản phụ sinh con có tuổi thai  $< 37$  tuần tăng nguy cơ gặp kết cục xấu gấp 5,1 lần. OR hiệu chỉnh giảm 2,0 lần so với OR thô. Tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Phạm Văn Nhỏ kết quả nghiên cứu phân tích hồi quy đa biến cho thấy sản phụ sinh non từ  $< 34 - < 37$  tuần tăng nguy cơ KCX cho cả mẹ và con từ 4,1 – 18,6 lần so với đối tượng sinh con đủ tháng (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$ ). OR hiệu chỉnh giảm hơn 10% so với OR thô. Kết quả của Tracy A Manuck năm 2016 cho thấy trẻ sinh non tăng tỉ lệ tử vong sơ sinh (8).

Tóm lại, qua phân tích hồi quy đa biến các yếu tố liên quan trực tiếp đến kết cục xấu của mẹ, chúng tôi nhận thấy tình trạng sinh non ảnh hưởng đến sức khỏe ở cả mẹ và đặc biệt là ở trẻ sơ sinh trên người dân tộc Khmer có thể làm tăng kết cục thai kỳ xấu ở mẹ và con. Mặc khác,

các biến chứng ảnh hưởng chức năng thận cũng làm tăng kết cục thai kỳ xấu. Vì vậy, việc theo dõi thường xuyên các chỉ số xét nghiệm sinh hóa như Creatinine, AST, ALT và Acid Uric đặc biệt trên sản phụ có tiền sản giật khởi phát sớm.

## V. KẾT LUẬN

Kết cục thai kỳ xấu chung: 27,5% (KTC 95%: 22,0 – 33,5). Yếu tố liên quan đến kết cục thai kỳ xấu chung. Sản phụ người dân tộc Khmer tăng nguy cơ gặp kết cục xấu gấp 2,9 lần (OR=2,9; KTC95%: 1,4 – 6,3). Sản phụ sinh con có tuổi thai  $< 37$  tuần tăng nguy cơ gặp kết cục xấu gấp 5,1 lần (OR=2,9; KTC95%: 2,3 – 11,1). Sản phụ có chỉ số Creatinine  $\geq 100$  mmol/L tăng nguy cơ gặp kết cục thai kỳ xấu gấp 23,5 lần (OR=23,59; KTC95%: 3,6 – 151,3). Tỉ lệ kết cục thai kỳ xấu ở những trường hợp được chẩn đoán tiền sản giật nặng ở người dân tộc Khmer cao hơn người dân tộc Kinh. Dự phòng sinh non và theo dõi suy thận tiến triển góp phần giảm kết cục thai kỳ xấu.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **ACOG** (2019), "ACOG Practice Bulletin No. 202: Gestational Hypertension and Preeclampsia", *Obstet Gynecol.* 133(1), 1.
2. **BỘ Y TẾ** (2015), Quyết định 315/QĐ-BYT, Hướng dẫn chuẩn đoán tiền sản giật – Sản giật, năm 2015, tr. 29 – 34.
3. **Nguyễn Thanh Hưng, Phan Trung Hòa Võ Minh Tuấn** (2020), "Kết cục thai kỳ và các yếu tố liên quan của những trường hợp được chẩn đoán tiền sản giật nặng ở tuổi thai từ 28 đến 32 tuần tại Bệnh viện Từ Dũ", *Tạp chí Y học TP HCM.* 24(1), tr 83 - 90.
4. **Arulkumaran N Lightstone L** (2013), "Severe pre-eclampsia and hypertensive crises", *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology.* 27(6), pp. 877 – 884.
5. **Odent M** (2015), "Hypothesis: Preeclampsia as a Maternal - Fetal Conflict", [cited 2015 July 24], Available from: <https://www.medscape.com/viewarticle/429966>.
6. **Dương Mỹ Linh** (2018), Khảo sát tỷ lệ, các yếu tố liên quan và kết quả điều trị tiền sản giật nặng tại khoa sản – Bệnh viện đa khoa Trung ương Cần Thơ, Đề tài nghiên cứu khoa học cấp trường, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
7. **K. Bramham** (2014), "Chronic hypertension and pregnancy outcomes: systematic review and meta-analysis", *Bmj.* 348, g2301.
8. **Gibbone E Marozio L, Polarolo G, Carbonara C, et al**, (2016), "Expectant Management of Severe Preeclampsia Remote from Term: A Hospital-Based Survey", *Ann Reprod Med Treat.* 1(1), pp.1005-1011.