

# KẾT CỤC THAI KỲ XẤU VÀ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở SẢN PHỤ TIỀN SẢN GIẬT TẠI HẢI PHÒNG

Nguyễn Thanh Hải<sup>✉</sup>, Bùi Văn Hiếu

Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Nghiên cứu cắt ngang nhằm mô tả thực trạng và một số yếu tố liên quan đến kết cục thai kỳ xấu ở 230 sản phụ mắc tiền sản giật tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng từ 01/2021 đến 12/2022 dựa vào thu thập dữ liệu từ hồ sơ bệnh án. Kết cục thai kỳ xấu được xác định khi có ít nhất một biến cố ở mẹ (tử vong, sản giật, HELLP, nhau bong non, tổn thương thận, phù phổi, xuất huyết não) hoặc ở con (thai nhẹ cân, chậm phát triển trong tử cung, tử vong chu sinh). Tỷ lệ kết cục thai kỳ xấu là 48,7% (KTC95%: 42,2 – 55,2). Các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê gồm: nghề nghiệp công nhân (OR = 2,65; KTC95%: 1,21 – 5,8), huyết áp tâm thu  $\geq 160$  mmHg (OR = 2,04; KTC95%: 1,14 – 3,64), huyết áp tâm trương  $\geq 110$  mmHg (OR = 3,53; KTC95%: 1,42 – 8,75) và tiền sản giật có dấu hiệu tăng nặng (OR = 2,61; KTC95%: 1,44 – 4,74). Tỷ lệ kết cục thai kỳ xấu còn cao ở sản phụ tiền sản giật. Cần tăng cường sàng lọc, phát hiện sớm và quản lý phù hợp để giảm nguy cơ bất lợi cho mẹ và thai.

**Từ khóa:** Kết cục thai kỳ xấu, tiền sản giật.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiền sản giật (TSG) được định nghĩa là rối loạn chức năng nhiều cơ quan liên quan đến thai nghén, đặc trưng với sự xuất hiện triệu chứng tăng huyết áp (THA) và protein niệu hoặc các triệu chứng lâm sàng liên quan đến tổn thương nhiều cơ quan do ảnh hưởng của TSG.<sup>1</sup> Theo WHO, TSG hiện diện ở 2 đến 8% thai kỳ và là một trong những nguyên nhân hàng đầu dẫn đến tử vong mẹ và tử vong sơ sinh.<sup>2</sup> Tỷ lệ biến chứng trên mẹ và biến chứng trên con cũng thay đổi tùy theo các vị trí địa lý khác nhau. Các nghiên cứu tại châu Á và châu Phi cho thấy, các ca tử vong mẹ do bệnh lý THA thai kỳ chiếm hơn 15% trên tổng số ca tử vong, còn tại các nước khu vực Mỹ La Tinh, tỷ lệ này chiếm đến trên 20%.<sup>3</sup>

Tại Việt Nam, nhiều nghiên cứu trước đây đã chỉ ra tỉ lệ không nhỏ các kết cục thai kỳ

xấu ở sản phụ có TSG. Một nghiên cứu ở Bệnh viện đa khoa trung ương thành phố Cần Thơ trên 109 sản phụ được chẩn đoán TSG cho thấy 46,79% huyết áp  $\geq 160/110$  mmHg; 44,04% huyết áp 150/100 mmHg; và 48,57% có biến chứng cho mẹ và thai nhi.<sup>4</sup> Nghiên cứu khác trên 47 sản phụ được chẩn đoán TSG-sản giật tại Bệnh viện đa khoa Hà Đông, chỉ ra 29,8% trường hợp TSG có dấu hiệu phù bệnh lý, 80,8% trường hợp TSG có THA mức độ 1, nhóm TSG nặng có 61,9% trường hợp THA độ 3.<sup>5</sup> Tại bệnh viện sản nhi Trà Vinh, tỉ lệ kết cục thai kỳ xấu ở 236 trường hợp TSG nặng là 27,5%.<sup>6</sup>

Tại Hải Phòng, số liệu về kết cục thai kỳ xấu trên sản phụ TSG-sản giật còn hạn chế. Một nghiên cứu trước đây tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng cho thấy tỷ lệ TSG trên tổng các ca đẻ chiếm 1,26%; biến chứng mẹ hay gặp nhất là nhiễm khuẩn 5,2%; biến chứng con thường gặp nhất là suy hô hấp 28%.<sup>7</sup> Tuy nhiên, thời gian thực hiện các nghiên cứu trước đã tương đối lâu, thời gian lấy mẫu ngắn và hiện chưa có số liệu nghiên cứu cụ thể trên thành phố Hải Phòng

Tác giả liên hệ: Nguyễn Thanh Hải

Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Email: nthanhhai@hpmu.edu.vn

Ngày nhận: 20/03/2026

Ngày được chấp nhận: 11/05/2026

trong khoảng từ năm 2018 trở về đây. Do vậy, nghiên cứu này được triển khai với mục tiêu mô tả thực trạng và một số yếu tố liên quan đến kết cục thai kỳ xấu trên sản phụ mắc TSG tại Bệnh viện phụ sản Hải Phòng năm 2021 - 2022.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

### 1. Đối tượng

Tất cả thai phụ được chẩn đoán và điều trị TSG tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng giai đoạn từ 1/1/2021 đến 31/12/2022.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Các thai phụ có hồ sơ lưu trữ đầy đủ thông tin đáp ứng mục tiêu nghiên cứu.

### 2. Phương pháp

**Thiết kế nghiên cứu:** cắt ngang, hồi cứu hồ sơ bệnh án.

**Cỡ mẫu:** Được tính theo công thức:

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

Trong đó: n là cỡ mẫu tối thiểu; p là tỷ lệ thai phụ mắc TSG có kết cục thai kỳ xấu, lấy p = 27,5% theo kết quả nghiên cứu tại Bệnh viện sản nhi Trà Vinh;<sup>6</sup>  $\alpha$  là mức ý nghĩa thống kê (0,05),  $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ ; d là sai số tuyệt đối, chọn d = 0,06. Tính được cỡ mẫu n = 212 thai phụ.

**Phương pháp chọn mẫu:** Chọn tất cả hồ sơ bệnh án của những bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn. Thực tế nghiên cứu đã thu thập được 230 hồ sơ bệnh án.

**Công cụ và phương pháp thu thập số liệu:** Hồi cứu các thông tin phục vụ cho mục đích nghiên cứu từ hồ sơ bệnh án của sản phụ đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn, được lưu trữ tại phòng kế hoạch tổng hợp Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng.

#### Nội dung nghiên cứu

**Thông tin chung:** tuổi mẹ (chia 3 nhóm < 20, 20 - 35 và > 35 tuổi), nghề nghiệp (công nhân, tự do, khác), chiều cao (m), cân nặng (kg), tiền sử sinh đẻ (con so, con rạ), tiền sử TSG những

lần mang trước (có/không), tiền sử bệnh lý mạn tính (có/không).

**Triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng:** Tăng huyết áp (có/không, nếu có phân độ THA độ 1, 2 và 3), phù (có/không), các dấu hiệu TSG nặng (đau đầu, nhìn mờ, thiếu niệu, đau vùng gan, đau thượng vị), protein niệu (âm tính, vết, dương tính < 3 g/l và  $\geq$  3 g/l), các chỉ số sinh hóa máu (Creatinin huyết thanh ( $\geq$  110  $\mu\text{mol/l}$ , < 110  $\mu\text{mol/l}$ ), men gan (U/L), protein toàn phần huyết thanh ( $\geq$  65 g/l, > 65 g/l), siêu âm (Trọng lượng thai, ối (bình thường, thiếu ối, đa ối), đo chỉ số não rốn ( $\leq$  1, > 1)).

**Phân độ:** TSG không có dấu hiệu tăng nặng và TSG có dấu hiệu tăng nặng.

**Kết cục thai kỳ: bao gồm**

Biến chứng mẹ: không có biến chứng, nhau bong non, hội chứng HELLP (Hội chứng thiếu máu tan huyết, tăng men gan, giảm tiểu cầu), sản giật, băng huyết sau sinh, tổn thương các tạng như xuất huyết não, phù phổi cấp, suy thận cấp, hoại tử tế bào gan, tử vong.

Biến chứng con: không có biến chứng, thai chậm phát triển trong buồng tử cung (FGR), sinh non, suy hô hấp, thai nhỏ hơn so với tuổi thai (SGA), tử vong.

**Tiêu chí đánh giá kết cục thai kì xấu cho mẹ và con:** Tử vong mẹ; Biến chứng sau sinh (Sản giật, hội chứng HELLP, nhau bong non, tổn thương thận, phù phổi, xuất huyết não); SGA; FGR; Tử vong chu sinh.

#### Phương pháp xử lý số liệu

Nhập liệu bằng Excel, phân tích số liệu bằng STATA 14.2. Thống kê mô tả dùng mô tả các biến định lượng, định tính và phân bố kết cục thai kỳ ở sản phụ mắc TSG. Xác định một số yếu tố liên quan đến kết cục thai kỳ xấu bằng các test  $\chi^2$  và mô hình hồi quy logistic nhị phân đơn biến. Lấy mức độ tin cậy của nghiên cứu là 95%, giá trị ngưỡng ý nghĩa thống kê alpha là 5%. Giá trị p được so sánh với alpha để xem xét mức độ ý nghĩa thống kê của các phân tích,

có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$  và kết hợp giá trị khoảng tin cậy 95%.

### 3. Đạo đức nghiên cứu

Đề cương nghiên cứu được thông qua Hội đồng đạo đức trường Đại học Y Dược Hải Phòng (Quyết định 362/QĐ-YDHP ngày 21/2/2023) và được sự chấp thuận của Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng. Nghiên cứu hồi cứu chỉ sử dụng hồ sơ bệnh án, không can thiệp vào sản phụ vì vậy

không ảnh hưởng đến sức khỏe của sản phụ. Thông tin thu thập trung thực, khách quan, bảo mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

### III. KẾT QUẢ

Có tổng số 112/230 thai phụ tham gia vào nghiên cứu có kết cục thai kỳ xấu chung, chiếm 48,7% (KTC95%: 42,2 - 55,2). Kết cục thai kỳ xấu riêng của mẹ và của con được mô tả chi tiết dưới bảng sau.

**Bảng 1. Kết cục thai kỳ xấu của mẹ và của con (n = 230)**

Các kết cục thai kỳ xấu của mẹ			Các kết cục thai kỳ xấu của con		
	n	%		n	%
Hội chứng HELLP	3	1,3	Đẻ non	86	37,4
Sản giật	2	0,87	Suy hô hấp	21	9,1
Nhau bong non	2	0,87	SGA	33	14,3
Hoại tử tế bào gan	5	2,17	FGR	34	14,8
Băng huyết sau sinh	2	0,87	Tử vong chu sinh	2	0,87

Các kết cục thai kỳ xấu của mẹ là hội chứng HELLP là 1,3%, sản giật 0,87%, nhau bong non 0,87%, hoại tử tế bào gan 2,17% và băng huyết sau sinh là 0,87%. Kết cục thai kỳ xấu của con

chủ yếu là đẻ non 37,4%, FGR 14,8%, SGA 14,3%, suy hô hấp 9,1%, có 2 trường hợp tử vong chu sinh chiếm 0,87%.

**Bảng 2. Phân bố kết cục thai kỳ xấu theo một số đặc điểm nhân khẩu, thai kỳ và lâm sàng (n = 112)**

	Đặc điểm	n	%
Nhóm tuổi	< 20	2	1,79
	20 - 35	79	70,5
	> 35	31	27,68
Nghề nghiệp	Công nhân	47	41,96
	Tự do	48	42,86
	Khác	17	15,18
Tình trạng THA	THA độ 1	21	18,75
	THA độ 2	53	47,32
	THA độ 3	38	33,93

	<b>Đặc điểm</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<i>BMI</i>	< 18,5	0	0
	18,5 – 24,99	21	18,75
	≥ 25	91	81,25
<i>Tiền sử sinh đẻ</i>	Con so	39	34,82
	Con rạ	73	65,18
<i>Tiền sử TSG</i>	Có	23	20,54
<i>Tiền sử bệnh phụ khoa</i>	Có	8	7,14
<i>Các triệu chứng lâm sàng</i>	Đau đầu	22	19,64
	Nhìn mờ	4	3,57
	Rối loạn tri giác	3	2,68
<i>Mức độ TSG</i>	TSG không có dấu hiệu tăng nặng	22	19,64
	TSG có dấu hiệu tăng nặng	90	80,36

Khoảng 2/3 thai phụ có kết cục thai kỳ xấu sinh con rạ. Nhóm tuổi 20-35 chiếm đa số (70,5%). Trên 80% có BMI ≥ 25. Gần một nửa thai phụ có kết cục thai kỳ xấu làm nghề công

nhân, tự do và có THA độ 2. Có 20,54% thai phụ có kết cục thai kỳ xấu có tiền sử TSG và 7,14% có tiền sử về các bệnh phụ khoa. Đa số thai phụ mắc TSG có dấu hiệu tăng nặng (80,36%).

**Bảng 3. Phân bố kết cục thai kỳ xấu theo một số đặc điểm cận lâm sàng (n = 112)**

	<b>Đặc điểm</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<i>Tình trạng ối trên siêu âm</i>	Thiếu ối	14	12,5
	Bình thường	85	75,89
	Đa ối	9	8,04
<i>Chỉ số não rốn trên siêu âm</i>	≤ 1	16	14,29
	> 1	79	70,54
<i>Protein niệu (g/l)</i>	≥ 3 g/l	46	41,07
	dương tính < 3 g/l	38	33,93
	Vết	6	5,36
	Âm tính	22	19,64
<i>Protein máu toàn phần (g/l)</i>	≥ 65	39	34,82
	< 65	69	61,61
<i>Creatinin máu (μmol/l)</i>	≥ 110	3	2,68
	< 110	108	96,43

	Đặc điểm	n	%
Men gan (U/L)	≥ 70	5	4,47
	< 70	106	94,64
Tiểu cầu (G/L)	≥ 100	110	98,21
	< 100	2	1,79

Trong số 112 thai phụ có kết cục thai kỳ xấu, tình trạng ối trên siêu âm đa số là bình thường (75,89%), chỉ số não rốn > 1 chiếm 70,54%, mức độ protein niệu ≥ 3 g/l chiếm 41,07%,

dương tính dưới 3 g/l chiếm 33,93%, protein toàn phần dưới 65 g/l chiếm 61,61%. Đa số có mức độ creatinin máu dưới 110 μmol/l, men gan < 70 U/L và số lượng tiểu cầu ≥ 100 G/L.

**Bảng 4. Các yếu tố liên quan đến kết cục thai kỳ xấu chung**

	Đặc điểm	OR	KTC 95%	p
Nghề nghiệp	Công nhân	2,65	1,21 - 5,8	0,014
	Tự do	1,05	1,05	0,887
	Khác	1		
Tiền sử sinh đẻ	Con rạ	1,75	0,995 - 3,08	0,0382
	Con so	1		
Chỉ số huyết áp	HATT ≥ 160	2,04	1,14 - 3,64	0,016
	HATT < 160	1		
	HATTr ≥ 110	3,53	1,42 - 8,75	0,007
	HATTr < 110	1		
Mức độ TSG	TSG có dấu hiệu tăng nặng	2,61	1,44 - 4,74	0,002
	TSG không có dấu hiệu tăng	1		

HATT: Huyết áp tâm thu; HATTr: Huyết áp tâm trương

Phân tích hồi quy logistic đơn biến nhị phân cho thấy các yếu tố sau có liên quan có ý nghĩa thống kê đến tình trạng kết cục thai kỳ xấu: Sản phụ có nghề nghiệp là công nhân (OR = 2,65; KTC 95%: 1,21 - 5,8; p = 0,014) so với các nghề khác; Sản phụ có chỉ số HATT ≥ 160 mmHg (OR = 2,04; KTC95%: 1,14 - 3,64; p = 0,016) và HATTr ≥ 110 mmHg (OR = 3,53; KTC95%: 1,42 - 8,75; p = 0,007) so với các nhóm còn lại; và sản phụ TSG có dấu hiệu tăng nặng (OR = 2,61; KTC95%: 1,44 - 4,74; p = 0,002) so với

nhóm TSG không có dấu hiệu tăng nặng. Riêng yếu tố tiền sử sinh đẻ mặc dù có giá trị p = 0,0382 nhưng KTC95% của OR đi qua giá trị 1 nên không có ý nghĩa thống kê.

#### IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu chỉ ra số lượng thai phụ có kết cục thai kỳ xấu chung là 112 người, chiếm 48,7% (KTC 95%: 42,2 - 55,2), trong đó sinh non (37,4%) và rối loạn tăng trưởng thai nhi (FGR/SGA) là các biến cố thường gặp nhất. Tỷ

lệ kết cục thai kỳ xấu cao hơn khi so sánh với kết quả nghiên cứu của tác giả Võ Minh Tiền tại bệnh viện Sản Nhi Trà Vinh với tỉ lệ kết cục thai kỳ xấu là 27,5%, nghiên cứu của tác giả Phạm Văn Nhỏ ở sản phụ dân tộc Khmer được chẩn đoán THA thai kỳ với tỉ lệ kết cục thai kỳ xấu là 27,73%.<sup>6,8</sup> Tỷ lệ kết cục xấu cao hơn một số báo cáo trong nước có thể lý giải bởi tiêu chí đầu mối của nghiên cứu (bao gồm toàn bộ trường hợp sinh non) và cơ cấu bệnh nhân (tỷ lệ TSG có dấu hiệu tăng nặng lớn). Cơ chế bệnh sinh của TSG - tổn thương mạch máu nhau thai, rối loạn tưới máu bánh nhau và phản ứng viêm hệ thống - làm tăng nguy cơ FGR, sinh non và tử vong chu sinh.<sup>9</sup>

Về biến chứng mẹ, tỷ lệ có hội chứng HELLP, sản giật và nhau bong non là thấp (lần lượt 1,3%; 0,87%; 0,87%) so với một vài báo cáo trước đó trên cùng bối cảnh địa phương;<sup>7</sup> khác biệt này có thể phản ánh cải thiện trong phát hiện sớm và quản lý TSG tại cơ sở điều trị, trong đó có tính đến sự phát triển của cơ sở y tế về cơ sở vật chất lẫn trình độ chuyên môn và trình độ dân trí đã nâng cao theo thời gian, nhưng không làm giảm tính nghiêm trọng của TSG như một nguyên nhân chính gây bệnh lý mẹ-thai. Còn theo nghiên cứu trên 236 trường hợp TSG nặng tại bệnh viện Sản Nhi Trà Vinh, tỷ lệ biến chứng mẹ cao hơn đáng kể là 21,61%, trong đó nhau bong non chiếm tỷ lệ cao nhất (13,1%), các biến chứng còn lại là tổn thương thận/sản giật/Hội chứng HELLP với tỷ lệ lần lượt là 5,5%, 1,7% và 1,3%.<sup>6</sup>

Phân tích yếu tố liên quan cho thấy, nghề nghiệp là công nhân, HATT  $\geq$  160 mmHg, HATT<sub>r</sub>  $\geq$  110 mmHg và TSG có dấu hiệu tăng nặng có liên quan có ý nghĩa thống kê đến nguy cơ kết cục thai kỳ xấu. Mỗi liên hệ giữa huyết áp ở ngưỡng  $\geq$  160/110 mmHg và tăng nguy cơ biến chứng mẹ - bao gồm biến cố thần kinh và tổn thương cơ quan - đã được nhiều nghiên cứu xác nhận, do đó kiểm soát và can thiệp

huyết áp ở ngưỡng này là then chốt để giảm nguy cơ. Mỗi liên quan giữa lao động nặng/ đặc điểm nghề nghiệp và kết cục thai kỳ xấu được nhiều tổng quan và nghiên cứu quan sát ủng hộ: các yếu tố như đứng lâu, mang vác, áp lực công việc và tiếp xúc nghề nghiệp có thể làm tăng nguy cơ sinh non và SGA, đặc biệt trong bối cảnh thiếu biện pháp bảo vệ lao động cho phụ nữ mang thai. Kết quả nghiên cứu phù hợp với bằng chứng này và cho thấy cần có giải pháp can thiệp tại nơi làm việc cho nhóm lao động công nghiệp.<sup>10</sup> Sản phụ mắc TSG có dấu hiệu tăng nặng có khả năng làm tăng kết cục thai kỳ xấu gấp 2,61 lần (OR = 2,61, KTC 95%:1,44 - 4,74). Sự tăng về mức chênh tỉ lệ kết cục xấu này thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Phạm Văn Tự tại Bệnh viện Đa khoa Hà Đông với OR = 6,67 giữa nhóm TSG có dấu hiệu tăng nặng và nhóm không có dấu hiệu nặng.<sup>5</sup> Kết quả này có thể là do số lượng thai phụ tham gia nghiên cứu này cao hơn nhiều so với nghiên cứu của tác giả Phạm Văn Tự (47 người), tuổi thai tại thời điểm kết thúc thai kỳ và sự phát hiện sớm cũng như can thiệp, dự phòng sớm trên những bệnh nhân TSG có dấu hiệu tăng nặng.

Từ góc độ thực hành lâm sàng và chính sách, phát hiện trong nghiên cứu này gợi ý các điểm sau: (1) tăng cường sàng lọc và phân tầng nguy cơ (kết hợp lâm sàng, chỉ dấu sinh hóa khi có thể) để phát hiện TSG sớm; (2) quản lý tích cực huyết áp khi đạt ngưỡng nguy cơ; (3) can thiệp bảo vệ nơi làm việc cho phụ nữ mang thai thuộc nhóm nghề có rủi ro; và (4) lập quy trình chuyển tuyến/điều trị sớm cho các ca TSG có dấu hiệu tăng nặng nhằm giảm biến chứng mẹ-thai.

#### **Ưu điểm và hạn chế của nghiên cứu**

Nghiên cứu đã tiến hành thu thập được số lượng lớn hồ sơ bệnh án của thai phụ đủ tiêu chuẩn tham gia, đảm bảo tính đại diện cao cho

quản thể nghiên cứu. Bên cạnh đó, kết quả của nghiên cứu này là tiền đề và gợi ý cho những nghiên cứu sâu hơn trong tương lai nhằm làm rõ hơn những mối quan hệ nhân quả của tình trạng kết cục thai kỳ xấu, gợi ý cho việc quản lý, lên kế hoạch chăm sóc điều trị thai phụ TSG. Tuy nhiên, nghiên cứu vẫn còn một số hạn chế: thiết kế cắt ngang không kiểm định được những giả thuyết nhân quả; Nghiên cứu chỉ lấy số liệu trong một bệnh viện tại Hải Phòng, không thể đại diện cho phụ nữ mang thai mắc TSG ở các khu vực địa lý khác; Ngoài ra, nghiên cứu hồi cứu dựa trên hồ sơ bệnh án có thể thiếu một số biến số (ví dụ chi tiết về điều kiện lao động, thời điểm khởi phát TSG); và phân tích hồi quy chỉ thực hiện ở mức đơn biến nên chưa loại trừ hoàn toàn yếu tố gây nhiễu. Những điểm này cần được khắc phục trong các nghiên cứu tương lai bằng thiết kế tiến cứu với thu thập dữ liệu nghề nghiệp và xét nghiệm marker sinh học đầy đủ.

## V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ kết cục thai kỳ xấu ở sản phụ TSG trong nghiên cứu này là cao (48,7%). Các yếu tố liên quan gồm nghề công nhân, huyết áp cao và TSG có dấu hiệu nặng. Cần tăng cường sàng lọc sớm, kiểm soát huyết áp, cải thiện điều kiện lao động và quản lý chặt các trường hợp nặng để giảm kết cục xấu cho mẹ và con.

## Lời cảm ơn

Nhóm tác giả chân thành cảm ơn sự tham gia và đóng góp vào quá trình triển khai nghiên cứu của nhóm sinh viên Dự án học thuật 15, Khoá 40, trường Đại học Y Dược Hải Phòng, bao gồm: Hoàng Thị Ngọc Yến, Nguyễn Thị Thanh Ngân, Hà Văn Trường, Nguyễn Phương Chi, Cao Khánh Huyền, Đoàn Thị Hường, Nguyễn Thị My, Ngô Thị Thanh Hằng, Nguyễn Thị Ngọc Minh. Không có sự xung đột lợi ích nào từ kết quả nghiên cứu giữa các tác giả.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. *Quyết định 1911/QĐ-BYT 2021 tài liệu Hướng dẫn sàng lọc và điều trị dự phòng sản giật.*; 2021. <https://thuvienphapluat.vn/van-ban/The-thao-Y-te/Quyet-dinh-1911-QD-BYT-2021-tai-lieu-Huong-dan-Sang-loc-va-dieu-tri-du-phong-san-giat-471405.aspx>. Truy cập ngày 12/01/2026.
2. Chappell LC, Cluver CA, Kingdom J, Tong S. Pre-eclampsia. *The Lancet*. 2021;398(10297):341-354. doi:10.1016/S0140-6736(20)32335-7
3. Cresswell JA, Alexander M, Chong MYC, et al. Global and regional causes of maternal deaths 2009–20: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health*. 2025;13(4):e626-e634. doi:10.1016/S2214-109X(24)00560-6
4. Lâm Đức Tâm, Phạm Thị Kim Thoa, Quan Kim Phụng, và cs. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị tiền sản giật tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2023;(58):34-40. doi:10.58490/ctump.2023i58.691
5. Phạm Văn Tự, Nguyễn Quốc Tuấn, Phùng Thị Lý. 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*. 2021;19(1):30-37. doi:10.46755/vjog.2021.1.1181
6. Võ Minh Tiền, Bùi Chí Thương. Kết cục thai kỳ và những yếu tố liên quan đến tiền sản giật nặng tại Bệnh viện sản nhi Trà Vinh. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022;520(1A). doi:10.51298/vmj.v520i1A.3803
7. Dương Thị Ngoan. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, và kết cục thai kỳ của những sản phụ mắc tiền sản giật tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng năm 2018. 2018.
8. Phạm Văn Nhỏ, Lê Minh Dũng, Võ Minh Tuấn. Đặc điểm tăng huyết áp thai kỳ và mối liên quan đến kết cục thai kỳ của bà mẹ người

dân tộc Khmer tỉnh Trà Vinh. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2021;503(2). doi:10.51298/vmj.v503i2.773

9. Check J, Shuster C, Hofheimer J, et al. Preeclampsia, Fetal Growth Restriction, and 24-Month Neurodevelopment in Very Preterm Infants. *JAMA Netw Open*. 2024;7(7):e2420382.

doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.20382

10. MacDonald LA, Johnson CY, Lu ML, et al. Physical job demands in pregnancy and associated musculoskeletal health and employment outcomes: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*. 2024;230(6):583-599. e16. doi:10.1016/j.ajog.2023.12.014

## Summary

### ADVERSE PREGNANCY OUTCOMES AND ASSOCIATED FACTORS AMONG WOMEN WITH PREECLAMPSIA IN HAI PHONG, 2021 – 2022

This cross-sectional study aimed to describe the status and identify factors associated with adverse pregnancy outcomes among 230 women with preeclampsia at Hai Phong Obstetrics and Gynecology Hospital from January 2021 to December 2022, using data extracted from medical records. Adverse pregnancy outcomes were defined as the occurrence of at least one maternal event (maternal death, eclampsia, HELLP syndrome, placental abruption, renal impairment, pulmonary edema, or cerebral hemorrhage) or neonatal event (low birth weight, intrauterine growth restriction, or perinatal death). The proportion of adverse pregnancy outcomes was 48.7% (95% CI: 42.2 – 55.2). Factors significantly associated with adverse outcomes included occupation (factory worker) (OR = 2.65; 95% CI: 1.21 – 5.8), systolic blood pressure  $\geq$  160 mmHg (OR = 2.04; 95% CI: 1.14 – 3.64), diastolic blood pressure  $\geq$  110 mmHg (OR = 3.53; 95% CI: 1.42 – 8.75), and preeclampsia with severe features (OR = 2.61; 95% CI: 1.44 – 4.74). The rate of adverse pregnancy outcomes remains high among women with preeclampsia. Strengthening early screening, timely detection, and appropriate management is essential to reduce risks for both mother and fetus.

**Keywords:** Adverse pregnancy outcomes, preeclampsia.