

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

Phạm Văn Tự¹, Nguyễn Quốc Tuấn², Phùng Thị Lý³

¹ Bệnh viện đa khoa Hà Đông – Hà Nội

² Bộ môn Phụ sản – Trường Đại học Y Hà Nội

³ Bệnh viện đa khoa quốc tế Vinmec cơ sở Time City – Hà Nội

doi:10.46755/vjog.2021.1.1181

Tác giả liên hệ (Corresponding author): Phạm Văn Tự, email: dr.phamvantu2013@gmail.com

Nhận bài (received): 7/10/2020 - Chấp nhận đăng (accepted): 07/01/2021

Tóm tắt

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng các sản phụ tiền sản giật – sản giật tại Bệnh viện đa khoa Hà Đông và kết quả thai kỳ.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang gồm 47 sản phụ được chẩn đoán tiền sản giật - sản giật nhập viện theo dõi điều trị tại Bệnh viện đa khoa Hà Đông trong khoảng thời gian từ tháng 5/2019 đến 5/2020. Khảo sát các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng xuất hiện trong quá trình điều trị gồm các triệu chứng của bệnh, phản ánh tổn thương đa cơ quan liên quan đến tiền sản giật - sản giật. Kết quả thai kỳ gồm thời điểm, phương pháp chấm dứt thai kỳ và các biến chứng trên mẹ và con.

Kết quả: Tỷ lệ tiền sản giật – sản giật chung là 0,8%, trong đó 0,2% trường hợp non tháng và 0,3% trường hợp bệnh nặng. 29,8% trường hợp tiền sản giật có dấu hiệu phù bệnh lý, 80,8% trường hợp tiền sản giật có tăng huyết áp mức độ 1, nhóm tiền sản giật nặng có 61,9% trường hợp tăng huyết áp độ 3. Nồng độ axit uric ở nhóm tiền sản giật nặng ($405,1 \pm 85,5 \mu\text{mol/l}$) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không có dấu hiệu nặng ($340,3 \pm 82,8 \mu\text{mol/l}$) với $p < 0,05$. Tỷ lệ mổ lấy thai chung ở nhóm sản phụ tiền sản giật là 87,2%, tỷ lệ này ở nhóm tiền sản giật nặng lên đến 95,2%. Nhóm tiền sản giật nặng có cân nặng trẻ sơ sinh thấp hơn, tuổi thai kết thúc thai kỳ nhỏ hơn so với nhóm không có dấu hiệu nặng. Biến chứng sản giật và tử vong chu sinh chiếm 2,1% và đều xảy ra ở nhóm tiền sản giật nặng.

Kết luận: Tỷ lệ tiền sản giật – sản giật ở Bệnh viện Hà Đông tương đối thấp, tuy nhiên tỷ lệ mổ lấy thai ở ở nhóm bệnh nhân này khá cao, đặc biệt ở nhóm bệnh nặng. Cân nặng trẻ sơ sinh, tỷ lệ sinh non, tỷ lệ các biến chứng đều theo chiều hướng bất lợi ở nhóm tiền sản giật nặng.

Từ khoá: Rối loạn tăng huyết áp trong thai kỳ, tiền sản giật, sản giật, thai nghén nguy cơ cao.

The clinical, paraclinical features and pregnancy outcomes in pre-eclampsia and eclampsia women at Ha Dong General Hospital

Pham Van Tu¹, Nguyen Quoc Tuan², Phung Thi Ly³

¹ Ha Dong General Hospital, Ha Noi

² Obstetrics and Gynecology Department, Ha Noi Medical University

³ Vinmec International Hospital, Ha Noi

Abstract

Objectives: To describe the clinical and paraclinical features of pre-eclampsia, eclampsia women at Ha Dong General Hospital and pregnancy outcomes.

Materials and methods: A cross-sectional descriptive study on 47 pregnant women are diagnosed with preeclampsia, eclampsia and treatment at Ha Dong General Hospital from May -2019 to May - 2020. Survey of clinical and subclinical characteristics appearing during treatment, including symptoms of the disease, reflecting multi-organ damage related to preeclampsia - eclampsia. Pregnancy outcomes include time, method of termination of pregnancy and complications on mother and child.

Results: The overall preeclampsia - eclampsia rate was 0.8% of which 0.2% were preterm and 0.3% were severe. 29.8% of pre-eclampsia cases had signs of edema, 80.8% of pre-eclampsia cases are grade 1 hypertension, and the severe disease group had 61.9% cases are grade 3 hypertension. The uric acid concentration in the severe pre-eclampsia group ($405.1 \pm 85.5 \mu\text{mol/l}$) was statistically significantly higher than in the group without severe signs ($340.3 \pm 82.8 \mu\text{mol}$, $p < 0.05$). The rate of cesarean section was 87.2%, this rate was 95.2% in the severe pre-eclampsia group. The severe pre-eclampsia group had lower birth weight and a smaller gestational age at the end of pregnancy compared with the group with no serious signs. Eclampsia and perinatal mortality accounted for 2.1% and both occurred in severe preeclampsia groups.

Conclusion: *The rate of preeclampsia - eclampsia in Ha Dong general hospital is relatively low. However, the rate of cesarean section in this group of patients is quite high, especially in the group with severe disease. Newborn weight, preterm birth rate, rate complications were all adverse in the severe preeclampsia group.*

Key words: *Hypertensive disorders of pregnancy, preeclampsia, eclampsia, high-risk pregnancy.*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiền sản giật - sản giật (TSG - SG) là bệnh lý thường gặp trong thai kỳ, tỉ lệ khoảng 5 -10% tổng số sinh. Theo Tổ chức Y tế thế giới, TSG là nguyên nhân của 10 - 15% trường hợp tử vong mẹ và tử vong chu sinh, nguyên nhân hàng đầu của thai kém phát triển và thai chết trong tử cung. Tại Việt Nam, TSG chiếm khoảng 4 - 5% trong tổng số phụ nữ mang thai, là một trong năm tai biến sản khoa hiện nay [1-2]. Các biến chứng mẹ của TSG thường liên quan đến tổn thương đa cơ quan, đặc biệt trên nhóm TSG nặng và có thể dẫn đến tử vong. Phụ nữ mang thai bị TSG nguy cơ mắc các bệnh lý tim mạch về sau cao gấp 2 - 3 lần, nguy cơ mắc hội chứng chuyển hóa, giảm tuổi thọ [3-4]. Biến chứng thai liên quan đến sinh non do kết thúc thai kỳ sớm, rau bong non, sản giật, tăng nguy cơ thai chậm phát triển trong tử cung và tử vong chu sinh.

Nguyên nhân TSG chưa được biết đầy đủ, chưa có giả thuyết, nguyên nhân nào được chấp nhận hoàn toàn. Một số yếu tố được thừa nhận có thể góp phần trong bệnh nguyên TSG như các rối loạn chức năng nội tiết, các yếu tố về di truyền, chủng tộc, dinh dưỡng, nhiễm độc... Dù cơ chế bệnh nguyên nào thì TSG luôn được đặc trưng bởi các bất thường liên quan đến tổn thương nội mô mạch máu đi kèm sự co mạch, tăng tính thấm thành mạch, thiếu máu cục bộ và huyết khối. Bệnh thường gặp ở các đối tượng có sự phơi nhiễm lần đầu với tế bào rau thai - mang thai con so, phơi nhiễm quá mức với các tế bào nuôi - đa thai, thai trứng. Một số rối loạn có sẵn liên quan đến hoạt hóa tế bào nội mạc mạch máu hoặc tồn tại tình trạng đáp ứng viêm như đái tháo đường, bệnh lý thận, tim mạch hoặc liên quan yếu tố di truyền. Dựa trên các yếu tố này, nhiều nghiên cứu đã cung cấp các bằng chứng giúp xác định nhóm nguy cơ cao, dự báo sự xuất hiện bệnh cũng như can thiệp dự phòng. Bên cạnh đó, quản lý thai sản để phát hiện bệnh sớm và điều trị kịp thời là một trong những yếu tố quan trọng trong kiểm soát TSG - SG. Vì vậy, phân tích các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng hiện nay vẫn cần thiết trong quá trình chẩn đoán, theo dõi, tiên lượng và điều trị. Bệnh phát hiện sớm, quản lý thai kỳ chặt chẽ và điều trị tích cực sẽ cải thiện nguy cơ những biến chứng nặng cho mẹ và con, qua đó cải thiện kết quả thai kỳ liên quan đến bệnh lý TSG.

Quản lý TSG - SG bao gồm xác định thời điểm và địa điểm chấm dứt thai kỳ, điều này liên quan đến năng lực của tuyến y tế quản lý. Bệnh viện đa khoa Hà Đông là bệnh viện tuyến 1, phụ trách chăm sóc sức khỏe khu vực 7 huyện phía tây nam thành phố Hà Nội, trong đó chăm sóc sức khỏe sinh sản là một trong những nhiệm vụ trọng tâm và thiết yếu. Khoa Phụ sản Bệnh viện đa khoa Hà Đông với quy mô gần 100 giường bệnh, mô hình bệnh tật liên quan đến thai kỳ tương đối đa dạng và phức tạp, trong đó bệnh lý TSG - SG là một biến chứng trong

thai kỳ thường gây nhiều khó khăn trong quản lý, để đáp ứng được yêu cầu này, chúng tôi thực hiện nghiên cứu "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" nhằm mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng các sản phụ TSG - SG tại Bệnh viện đa khoa Hà Đông và kết quả thai kỳ.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Ước tính cỡ mẫu cho một tỷ lệ với điều kiện khoảng tin cậy 95% không lớn hơn 5%, tham khảo các nghiên cứu tại Việt Nam có tỷ lệ TSG trong khoảng 2,8 - 5,5% [5], cỡ mẫu tối thiểu nghiên cứu cần đạt là 42 trường hợp. Nghiên cứu thực hiện tại khoa Phụ Sản - Bệnh viện đa khoa Hà Đông, thời gian lấy mẫu từ tháng 5/2019 đến 5/2020.

Tiêu chuẩn chọn là các sản phụ nhập viện được chẩn đoán TSG -SG theo Hướng dẫn quốc gia - Bộ Y tế năm 2016 [6] gồm:

(1) Tăng huyết áp (HA): huyết áp tâm thu (HATT) ≥ 140 mmHg hoặc huyết áp tâm trương (HATTr) ≥ 90 mmHg, và;

(2) Protein niệu: protein niệu $\geq 0,5$ g/l ở mẫu nước tiểu ngẫu nhiên hoặc $\geq 0,3$ g/l trong mẫu nước tiểu 24 giờ.

Loại trừ các trường hợp sản phụ co giật hoặc hôn mê do các nguyên nhân khác, tăng HA hoặc protein niệu do các bệnh lý thận như hội chứng thận hư, viêm cầu thận cấp..., các trường hợp đình chỉ thai nghén không liên quan đến TSG và không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Các sản phụ nhập viện sau khi xác định chẩn đoán, điều trị và theo dõi đến khi kết thúc thai kỳ theo phác đồ Hướng dẫn quốc gia - Bộ Y tế năm 2016 [6]. Nghiên cứu khảo sát các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng xuất hiện trong quá trình điều trị gồm các triệu chứng của bệnh, phản ánh tổn thương đa cơ quan liên quan đến TSG - SG. Phân loại TSG theo 2 nhóm mức độ gồm TSG và TSG nặng, phân loại theo thời điểm chấm dứt thai kỳ gồm TSG non tháng (tuổi thai khi sinh < 37 tuần), TSG đủ tháng (tuổi thai khi sinh ≥ 37 tuần) [7]. Kết quả thai kỳ đánh giá gồm thời điểm sinh, phương pháp chấm dứt thai kỳ và các biến chứng trên mẹ và con.

Các biến số quan sát nghiên cứu được trình bày theo số lượng và tỷ lệ %, các biến số định lượng trình bày theo trung bình và độ lệch chuẩn. Các phép toán so sánh thống kê có ý nghĩa với $p < 0,05$. Xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0

Nghiên cứu được Hội đồng Y đức trong nghiên cứu y sinh học trường Đại học Y Hà Nội thông qua, quy trình nghiên cứu được Bệnh viện đa khoa Hà Đông phê duyệt.

3. KẾT QUẢ

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi tiếp nhận 6.213 trường hợp theo dõi kết thúc thai kỳ, trong đó có 47 trường hợp phù hợp tiêu chuẩn chọn đã được nghiên cứu thu nhận theo dõi.

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Một số đặc điểm chung

Đặc điểm	Số lượng (n = 47)	Tỷ lệ (%)
Số lần mang thai		
- Con so	19	40,4
- Con rạ	28	59,6
Tuổi trung bình (X ± SD)		32,0 ± 6,6
Địa dư		
- Thành phố	10	21,3
- Nông thôn	35	74,5
- Miền núi	2	4,2
Nghề nghiệp		
- Công chức	12	25,5
- Công nhân, nông dân	25	53,2
- Buôn bán	10	21,3

Mẫu có độ tuổi trung bình 32 ± 6,6 tuổi, tỷ lệ con so, con rạ tương đương nhau, đa số ở nông thôn và thuộc nhóm công nhân, nông dân.

Bảng 2. Tỷ lệ TSG và phân loại

	Số lượng (n = 47)	Tỷ lệ (%)
Tổng số sản phụ theo dõi kết thúc thai kỳ	6.213	100
Số lượng sản phụ bị TSG	47	0,8
Phân nhóm TSG theo mức độ bệnh:		
- TSG không có dấu hiệu nặng	26	0,4
- TSG nặng	21	0,3
Phân nhóm TSG theo thời điểm chấm dứt thai kỳ:		
- TSG non tháng (< 37 tuần)	11	0,2
- TSG đủ tháng (≥ 37 tuần)	36	0,6

Tỷ lệ TSG chung tại Bệnh viện đa khoa Hà Đông từ tháng 5/2019 đến 5/2020 là 0,8%, trong đó 0,2% trường hợp thuộc nhóm TSG non tháng và 0,3% trường hợp TSG nặng.

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng 3. Các đặc điểm lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng	TSG (n = 26)		TSG nặng (n = 21)		Tổng (n = 47)	
	n	%	n	%	n	%
Đau đầu	5	19,2	7	33,3	12	25,5
Phù toàn	2	7,7	12	57,1	14	29,8
Nhìn mờ	0	-	1	4,8	1	2,1
Đau vùng thượng vị	0	-	1	4,8	1	2,1
Phù phổi	0	-	0	-	0	-
Đặc điểm tăng HA:						
- HATT (mmHg)	146,3 ± 6,9		173,6 ± 16,8		158,3 ± 18,3	
- HATTr (mmHg)	92,7 ± 5,3		112,4 ± 16,1		101,3 ± 15,0	

Phân loại mức độ tăng HA:						
- Độ 1	21	80,8	0	-	21	44,6
- Độ 2	5	19,2	8	38,1	13	27,7
- Độ 3	0	-	13	61,9	13	27,7

Chỉ có 29,8% trường hợp TSG có dấu hiệu phù toàn thân, tỷ lệ này trong nhóm TSG nặng là 57,1%, trong nhóm TSG không có dấu hiệu nặng chỉ 7,7%.

Có 80,8% trường hợp TSG không có triệu chứng nặng có HA tăng độ 1, trong khi đó nhóm TSG nặng có 61,9% trường hợp HA tăng độ 3.

Bảng 4. Đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm cận lâm sàng	TSG (n = 26)	TSG nặng (n = 21)	Tổng (n = 47)
Hồng cầu (T/l)	4,3 ± 0,5	4,4 ± 0,5	4,3 ± 0,5
Hemoglobin (g/l)	123,4 ± 14,6	123,5 ± 17,6	123,4 ± 15,8
Bạch cầu (G/l)	9,7 ± 1,8	10,1 ± 2,8	9,8 ± 2,3
Tiểu cầu (G/l)	213,9 ± 72,5	213,2 ± 68,8	213,6 ± 70,0
Protein niệu (g/l)	0,78 ± 0,7	3,0 ± 1,1(**)	1,8 ± 1,4
Ure (mmol/l)	4,0 ± 1,2	4,5 ± 1,3	4,2 ± 1,3
Creatinine (μmol/l)	60,6 ± 11,5	62,6 ± 9,4	61,5 ± 10,6
Axit uric (μmol/l)	340,3 ± 82,8	405,1 ± 85,5(*)	369,3 ± 89,2
SGOP (UI/l)	24,5 ± 13,0	32,2 ± 21,5	27,9 ± 17,6
SGPT (UI/l)	17,4 ± 14,1	20,7 ± 13,1	18,9 ± 13,6

So sánh trung bình giữa 2 nhóm TSG và TSG nặng: (*) $p < 0,05$, (**) $p < 0,001$.

Nồng độ axit uric ở nhóm TSG nặng ($405,1 \pm 85,5 \mu\text{mol/l}$) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm TSG không có dấu hiệu nặng ($340,3 \pm 82,8 \mu\text{mol/l}$), $p < 0,05$.

Các chỉ số cận lâm sàng khác không khác biệt giữa nhóm TSG và TSG nặng.

3.3. Kết cục thai kỳ

Bảng 5. Thời gian và phương pháp chấm dứt thai kỳ

	TSG (n = 26)		TSG nặng (n = 21)		Tổng (n = 47)	
	n	%	n	%	n	%
Tuổi thai kết thúc thai kỳ	38,5 ± 1,4		37,1 ± 2,7(*)		37,9 ± 2,2	
Phân nhóm tuổi thai:						
28 - 34 tuần	0	-	2	9,5	2	4,3
35 - 37 tuần	5	19,2	10	47,6	15	31,9
> 37 tuần	21	80,8	9	42,9	30	63,8
Phương pháp kết thúc thai kỳ:						
Sinh thường	5	19,2	1	4,8	6	12,8
Sinh thủ thuật	0	-	0	-	0	-
Mổ lấy thai	21	80,8	20	95,2	41	87,2
Chỉ số Apgar phút thứ 1						
< 7 điểm	0	-	2	9,5	2	4,3
≥ 7 điểm	26	100,0	19	90,5	45	95,7
Chỉ số Apgar phút thứ 5						
< 7 điểm	0	-	1	4,8	1	2,2
≥ 7 điểm	26	100,0	20	95,2	46	97,8
Cân nặng trẻ sơ sinh:	3338,5 ± 598,8		2519 ± 565,3(**)		2972,3 ± 303,0	

So sánh trung bình giữa 2 nhóm TSG và TSG nặng: (*) $p < 0,05$, (**) $p < 0,0001$

Tỷ lệ mổ lấy thai ở nhóm TSG là 87,2%, tỷ lệ này ở nhóm TSG nặng lên đến 95,2%.

Nhóm TSG nặng có cân nặng trẻ sơ sinh thấp hơn và tuổi thai kết thúc thai kỳ nhỏ hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm TSG không có dấu hiệu nặng.

Bảng 6. Biến chứng

Biến chứng	TSG (n = 26)		TSG nặng (n = 21)		Tổng (n = 47)	
	n	%	n	%	n	%
Biến chứng mẹ						
- Sản giật	0	-	1	4,8	1	2,1
- Tử vong mẹ	0	-	0	-	0	-
Biến chứng thai và trẻ sơ sinh:						
- Sinh non	3	11,5	8	38,1	11	23,4
- Thai chết trong tử cung	0	-	1	4,8	1	2,1
- Thai chậm tăng trưởng	0	-	6	28,6	6	12,8
- Ngạt	0	-	3	14,3	3	4,3
- Tử vong chu sinh	0	-	1	4,8	1	2,1

Tỷ lệ xuất hiện SG chiếm 2,1% trong tổng số bệnh nhân TSG.

Có 23,4% trường hợp TSG sinh non trước 37 tuần. Tỷ lệ sinh non trong nhóm TSG nặng là 38,1%, trong nhóm TSG không có dấu hiệu nặng là 11,5%.

Tỷ lệ tử vong chu sinh là 2,1% (1 trường hợp), xảy ra ở nhóm TSG nặng.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Trong thời gian nghiên cứu, Bệnh viện đa khoa Hà Đông đã quản lý và theo dõi kết thúc thai kỳ 6213 trường hợp, trong đó có 47 trường hợp TSG phù hợp tiêu chuẩn chọn đã được thu nhận, theo dõi, nghiên cứu. Tỷ lệ TSG là 0,8%, trong đó 0,2% trường hợp thuộc nhóm TSG non tháng và 0,3% trường hợp TSG nặng. Theo các nghiên cứu trong nước công bố trong thời gian từ 2014 - 2019, tỷ lệ TSG ở Việt Nam dao động từ 2,8 - 5,5% [5], tỷ lệ TSG chung trên thế giới theo báo cáo của Tổ chức Y tế thế giới trong khoảng 2 - 10%. Mặc dù nghiên cứu chúng tôi đã loại trừ các trường hợp tăng HA mạn tính, các trường hợp tăng HA thai nghén, tuy nhiên tỷ lệ nhóm bệnh lý này trong các rối loạn tăng HA trong thai kỳ không cao, nhìn chung tỷ lệ TSG trong nghiên cứu chúng tôi tương đối thấp so với đặc điểm mô hình bệnh tật nói chung trong các báo cáo trước đây.

Điều này có thể được giải thích do chính sách mới về bảo hiểm y tế, theo đó các bệnh nhân TSG trên địa bàn các huyện phía tây nam Hà Nội phần nhiều điều trị tại các bệnh viện chuyên khoa như Phụ sản Hà Nội, Phụ sản trung ương. Do vậy số lượng bệnh nhân TSG điều trị tại bệnh viện đa khoa Hà Đông ít hơn các nghiên cứu được thực hiện tại các bệnh viện chuyên khoa tuyến cuối này.

Trong các trường hợp TSG, triệu chứng lâm sàng chúng tôi chỉ gặp đau đầu, phù và tăng HA (bảng 3), kết quả này tương đương với Trương Thị Linh Giang (2017) tỷ lệ đau đầu 23,5%, tác giả Lê Hoài Chương... có tỷ lệ đau đầu cao hơn. Điều này được giải thích vì đối tượng của chúng tôi TSG nặng ít và tuổi thai > 35 tuần chiếm 95,7%.

Đặc điểm mẫu này tương tự mẫu nghiên cứu của Trương Thị Linh Giang với đa số có tuổi thai trên 34 tuần, tuổi thai trung bình là 38 tuần. Đây có thể là lý do khiến các triệu chứng nặng của TSG ít gặp trong mẫu của chúng tôi [8-9]. Nghiên cứu của Lê Hoài Chương (2013) với tỉ lệ phù 100%, Nguyễn Thị Thanh Loan 85,7% vì các tác giả nghiên cứu trên đối tượng TSG nặng và sản giật, nghiên cứu chúng tôi chủ yếu là nhóm TSG không có dấu hiệu nặng [9-10]. Nghiên cứu của Kooffreh, Ekott có HATT trung bình 158,1 ± 19,3 mmHg, HATT_r trung bình 101,7 ± 14,9 mmHg. Nguyễn Thanh Thúy HATT trung bình 155,9 ± 14,8 mmHg, HATT_r trung bình 99,9 ± 12,2 mmHg. Sibai và cộng sự TSG được coi là nặng và có nguy cơ biến chứng khi HA trên 160/110 mmHg. Miguil M. và cộng sự đưa ra ngưỡng HATT_r là 115mmHg là yếu tố tiên lượng xấu [11-14]. Chúng tôi nghiên cứu tại bệnh viện Hà Đông có kết quả HA trung bình đều ở dưới ngưỡng nguy cơ cao gây biến chứng nặng được các nghiên cứu khác đưa ra, phù hợp với tỉ lệ biến chứng không cao và mức độ biến chứng không nặng. Như vậy, đặc điểm mẫu nghiên cứu tại Bệnh viện Hà Đông ít TSG nặng nên các triệu chứng lâm sàng ít các triệu chứng nặng.

Các chỉ số cận lâm sàng nghiên cứu của chúng tôi có kết quả như trong bảng 4. Protein niệu có giá trị trong chẩn đoán nhưng lại ít có giá trị trong tiên lượng và đánh giá mức độ của TSG. Theo Katz và cộng sự protein niệu không có mối liên quan với mổ lấy thai. Một phân tích gộp hệ thống cho rằng mức độ protein niệu đơn thuần không có mối liên hệ mạnh mẽ với kết quả bất lợi, mối tương quan được tìm thấy giữa mức độ protein niệu và mức độ nghiêm trọng của bệnh lâm sàng không đủ tin cậy để có ích trên lâm sàng [15]. Điều này phù hợp với kết quả của chúng tôi tại Hà Đông protein niệu trung bình thấp 1,8 ± 1,4g/l nhưng tỉ lệ mổ lấy thai khá cao 87,2%. Các chỉ số về huyết học có kết quả tương tự nghiên cứu của Nguyễn Thanh Thúy số lượng hồng cầu trung bình 4,5 ± 0,6x10¹²/l, Hb trung bình 129,1 ± 15,3 g/l, số lượng tiểu cầu trung bình 205,8 ± 60,7 tiểu cầu/mm³ [12]. Theo Duley và cộng sự trong những trường hợp TSG nặng

đe dọa sản giật thì hồng cầu và Hct đều tăng và 100% trường hợp có Hct tăng đều có biến chứng ở mẹ và con. Ở những sản phụ bị TSG nặng có hiện tượng giảm thể tích huyết tương do tổn thương tế bào nội mạc mạch máu và do giảm áp lực keo làm cô đặc máu [16]. Số lượng tiểu cầu giảm theo thời gian báo hiệu diễn tiến nặng, đặc biệt là nguy cơ hội chứng HELLP và sản giật rất cao. Miguil và Chekairi thì giảm tiểu cầu là một yếu tố tiên lượng xấu của TSG [14]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phản ánh điều tương tự, số lượng hồng cầu, tiểu cầu, Hct không có sự thay đổi nhiều nên các dự hậu xấu không xuất hiện trong mẫu nghiên cứu này.

Nồng độ axit uric tăng cao trong TSG là biểu hiện gián tiếp của một số tình trạng bất lợi cho sản phụ và thai nhi như giảm tỷ lệ lọc cầu thận, tăng sự hình thành gốc tự do, nồng độ axit lactic trong máu mẹ tăng, nhau thai thiếu oxy. Nghiên cứu chúng tôi cùng tương đồng khi nồng độ axit uric ở nhóm TSG nặng cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm TSG không có dấu hiệu nặng. Trần Thị Khảm đưa ra kết quả axit uric tăng trên 340 $\mu\text{mol/l}$ làm tăng nguy cơ mổ lấy thai [17]. Theo Nair A. và Savitha C. cho rằng có mối tương quan giữa nồng độ axit uric với mức độ nghiêm trọng của TSG và các kết cục bất lợi cho thai nhi [18]. Đối với các chỉ số cận lâm sàng khác, mẫu chúng tôi đa số thuộc nhóm TSG không có dấu hiệu nặng, các chỉ số cận lâm sàng không thay đổi đáng kể giữa các nhóm. Tuy vậy, theo Trần Thị Khảm khi SGOT tăng trên 31 UI/l kết hợp với protein máu <60 g/l thì có nguy cơ suy gan tăng 7 lần so với trường hợp men AST < 31 UI/l kèm protein máu > 60g/l. Theo Mol và cộng sự trong TSG men gan thường tăng trong bối cảnh TSG nặng, đặc biệt khi có biến chứng hội chứng HELLP [17], [19]. Nghiên cứu của Nguyễn Thanh Thúy ure máu trung bình là $5,5 \pm 2,7$ mmol/l, creatinin máu trung bình là $74,4 \pm 22,2$ $\mu\text{mol/l}$ [12]. TSG nặng ure máu có thể tăng khi có tổn thương viêm thận, creatinin máu tăng chứng tỏ khả năng lọc của cầu thận giảm trong suy thận. Do đó, một số tác giả cho rằng mức độ tăng ure và creatinin trong máu mẹ có liên quan với mức độ nặng của bệnh. Theo Ngô Văn Tài nếu sản phụ TSG có ure máu > 6,6 mmol/l kết hợp với creatinin > 110 $\mu\text{mol/l}$ thì tỷ lệ suy thận là 52,6% [20]. Tỷ lệ các biến chứng suy chức năng gan, chức năng thận trong nghiên cứu chúng tôi không gặp, các chỉ số sinh hoá phản ánh chức năng gan, chức năng thận không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa các nhóm theo mức độ bệnh. Ngoài ra, nghiên cứu của chúng tôi thực hiện ở bệnh viện Hà Đông với đặc điểm mẫu là tuổi thai trung bình lớn, tỉ lệ TSG nặng ít, thời gian từ lúc vào viện đến khi đình chỉ thai nghén ngắn 24-48 giờ nên không ghi nhận sự thay đổi về các chỉ số huyết học, sinh hóa. Các chỉ số sinh hóa đều không vượt quá các ngưỡng nguy cơ như các nghiên cứu trong và ngoài nước đưa ra phù hợp kết quả tỉ lệ TSG nặng ít, tỉ lệ biến chứng thấp.

4.2. Kết quả thai kỳ và biến chứng

Kết quả thai kỳ trong nghiên cứu chúng tôi tương đối tốt (bảng 5, 6), tuổi thai trung bình chấm dứt thai kỳ là $37,9 \pm 2,2$ tuần, nhóm TSG nặng có tuổi thai chấm dứt

thai kỳ trung bình là $37,1 \pm 2,7$ tuần, mặc dù tuổi thai này thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm TSG không có dấu hiệu nặng ($38,5 \pm 1,4$ tuần). Tuy nhiên, tuổi thai trung bình chấm dứt thai kỳ trong nghiên cứu chúng tôi, đặc biệt là nhóm TSG nặng là hoàn toàn chấp nhận được trong mô hình quản lý bệnh lý TSG chung. Các biến chứng liên quan đến kết quả sơ sinh trong TSG, đặc biệt là TSG nặng, đa số liên quan đến tuổi thai khi buộc phải chấm dứt thai kỳ non tháng hoặc cực non do không thể kiểm soát tốt tình trạng bệnh lý mẹ. Tuổi thai lúc sinh có 63,8% trường hợp đủ tháng và chỉ có 4,3% trường hợp (2 sản phụ) thuộc nhóm sinh cực non (dưới 28 tuần), đã kéo theo các kết quả thai kỳ triển vọng trong nghiên cứu chúng tôi, đặc biệt đối với trẻ sơ sinh. Cân nặng trung bình trẻ sơ sinh là $2972,3 \pm 303,0$ gram (nhóm TSG nặng $2519 \pm 565,3$ gram), 95,7% trường hợp TSG có trẻ sơ sinh với chỉ số apgar trên 7 điểm ở phút thứ 1 và 97,8% trường hợp trẻ sơ sinh với chỉ số apgar trên 7 điểm ở phút thứ 5. Đối với các nghiên cứu trong nước khác, nghiên cứu Nguyễn Thị Thanh Loan (2012) có nhiều thai non tháng phải đình chỉ hơn 45,8%, tỉ lệ thai < 35 tuần khi đình chỉ thai nghén là 24,4% do vậy cân nặng trung bình trẻ sơ sinh là $2800 \pm 801,2$ gram, tỉ lệ thai có trọng lượng < 2500gram là 39,1%, chỉ số Apgar phút thứ nhất ≤ 7 điểm chiếm 47,2%. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Anh (2012) tỉ lệ trẻ sơ sinh có cân nặng < 2500gram là 66,5% và 31% số trẻ có chỉ số Apgar ở phút thứ nhất ≤ 7 điểm [10], [21]. Như vậy, nghiên cứu chúng tôi một lần nữa khẳng định kết quả thai kỳ bất lợi đối với trẻ sơ sinh chủ yếu liên quan đến tuổi thai khi chấm dứt thai kỳ.

Tỷ lệ mổ lấy thai trên bệnh nhân TSG trong nghiên cứu chúng tôi là 87,2%, tỷ lệ này ở nhóm TSG nặng lên đến 95,2%. Tỷ lệ mổ lấy thai chúng tôi cao hơn của Nguyễn Thị Thanh Loan (2012) là 66,8% và tỉ lệ sinh bằng forceps là 7,4%. Miguil, Chekairi (2008) tỉ lệ mổ lấy thai là 71% [10], [14]. Nghiên cứu của Nankali (2013) đưa ra tỉ lệ mổ lấy thai là 65,6%, Kooffreh (2014) tỉ lệ mổ lấy thai là 71,2% [11], [22]. Một nghiên cứu của tác giả Phạm Thị Hương Giang thực hiện tại bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hóa với khả năng theo dõi chuyên sâu chuyên dạ trên bệnh nhân TSG nặng hạn chế so với các bệnh viện chuyên khoa tuyến cuối cùng cho tỷ lệ mổ lấy thai tương tự [23]. Mặc dù các số liệu kết quả chúng tôi đưa ra tương đồng với một số nghiên cứu khác, tuy nhiên chúng tôi nhận thấy, tỷ lệ mổ lấy thai trên đối tượng TSG, đặc biệt ở nhóm TSG có các dấu hiệu nặng là cao hơn nhiều so với tỷ lệ mổ lấy thai chung hiện nay và cao hơn so với tỷ lệ mổ lấy thai trên các sản phụ khác tại bệnh viện. Nghiên cứu chúng tôi có tỷ lệ trẻ non tháng thấp, cân nặng trẻ sơ sinh không quá nhỏ, tỷ lệ nhóm TSG nặng và các biến chứng kèm theo không cao (bảng 6), những đặc điểm triển vọng này có thể góp phần tăng tỷ lệ sinh đường âm đạo thành công tại địa điểm nghiên cứu. Nhưng kết quả ngược lại, trong nghiên cứu chúng tôi, chỉ có 12,8% trường hợp TSG sinh thường thành công, không có trường hợp nào sinh hỗ trợ thủ thuật. Đây là một trong những hạn chế tại địa điểm chúng tôi nghiên cứu. Ngoài ra, tỷ lệ sản phụ được đình chỉ thai nghén trong vòng 24-

48 giờ từ khi được chẩn đoán TSG và nhập viện tương đối cao, chấm dứt thai kỳ sớm khi phát hiện bệnh có thể liên quan đến tỷ lệ thai trưởng thành tương đối cao trong mẫu nghiên cứu chúng tôi và xử lý sớm có thể hạn chế phần nào tiến triển nặng thêm của bệnh, nhưng điều này cũng phần nào hạn chế tỷ lệ thai phụ được theo dõi sinh đường âm đạo hoặc được khởi phát chuyển dạ kết thúc thai kỳ sau khi đã kiểm soát ổn định tình trạng mẹ. Đây là những hiện trạng mà chúng tôi cần nỗ lực để khắc phục và cải thiện quản lý bệnh lý TSG tốt hơn.

Các biến chứng mẫu chúng tôi ít gặp như trong bảng 6, tỉ lệ các biến chứng nhìn chung thấp hơn so với nghiên cứu trên đối tượng TSG nặng của Nguyễn Thị Thanh Loan, các tỉ lệ này đều cao hơn một cách rõ ràng với sản giật 26,2%, rau bong non 10,8% [10]. Theo Trần Thị Khảm nguy cơ xảy ra các biến chứng con tăng lên khi protein niệu tăng cao, protein niệu >3g/l kết hợp HATTr \geq 90 mmHg nguy cơ sinh non tăng lên 3,1 lần. Theo Srinivas và cộng sự TSG làm tăng tỉ lệ thai chậm phát triển trong tử cung lên khoảng 2-3 lần [17], [24]. Nghiên cứu chúng tôi thực hiện tại bệnh viện Hà Đông, tuổi thai trung bình lớn, các chỉ số về huyết học và sinh hóa máu về cơ bản không thay đổi nhiều, tỉ lệ biến chứng chung tương đối thấp. Tuy vậy, nhóm tiền sản giật nặng có cân nặng trẻ sơ sinh thấp hơn, tuổi thai kết thúc thai kỳ nhỏ hơn so với nhóm không có dấu hiệu nặng. Biến chứng sản giật và tử vong chu sinh chiếm 2,1% và đều xảy ra ở nhóm tiền sản giật nặng. Mặc dù các biến chứng xảy ra như trẻ non tháng, trẻ chậm phát triển trong tử cung...đều có thể xử trí được tại chỗ không phải chuyển tuyến trên. Nhưng đặc điểm này cần được lưu ý trong quản lý thai kỳ TSG đặc biệt ở nhóm TSG nặng.

5. KẾT LUẬN

Sau khi khảo sát 47 trường hợp TSG trong tổng số 6213 trường hợp theo dõi kết thúc thai kỳ tại bệnh viện Hà Đông, chúng tôi có một số kết luận sau:

- Tỷ lệ TSG ở Bệnh viện Hà Đông tương đối thấp, tỷ lệ TSG - SG chung là 0,8%, trong đó 0,2% trường hợp thuộc nhóm TSG non tháng và 0,3 % trường hợp TSG nặng. Chỉ có 29,8% trường hợp TSG có dấu hiệu phù bệnh lý, 80,8% trường hợp TSG không có dấu hiệu nặng tăng HA mức độ 1, nhóm bệnh nặng có 61,9% trường hợp tăng HA độ 3. Nồng độ axit uric ở nhóm TSG nặng cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm TSG không có dấu hiệu nặng. Các triệu chứng khác không đặc hiệu ở 2 nhóm.

- Tỷ lệ mổ lấy thai ở nhóm TSG - SG tương đối cao 87,2%, và tỷ lệ này ở nhóm TSG nặng lên đến 95,2%. Nhóm TSG nặng có cân nặng trẻ sơ sinh thấp hơn và tuổi thai kết thúc thai kỳ nhỏ hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm TSG không có dấu hiệu nặng, tỷ lệ các biến chứng đều theo chiều hướng bất lợi ở nhóm TSG nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Abalos E, Cuesta C, Grosso A.L. Global and regional estimate of preeclampsia and eclampsia: a systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2013; 170:1-7.
2. Dhariwal N.K, Lynde G.C. Update in the management

of patients with preeclampsia. *Anesthesiol Clin* 2017; 35(1):95-106.

3. Bokslag A, Mol B.W. Preeclampsia: short and long-term consequences for mother and neonate. *Early Human Development* 2016; 102:47-50.
4. Bokslag A, Kamp O. Effect of early-onset preeclampsia on cardiovascular risk in the fifth decade of life. *Am J Obstet Gynecol* 2017; 216(5): 523e1-7.
5. Nguyễn Vũ Quốc Huy, Cao Ngọc Thành, Trần Mạnh Linh. Dự báo và điều trị dự phòng tiền sản giật. *Tạp chí Y học Việt Nam* 2017; 458(đặc biệt):16-29.
6. Bộ Y tế. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản. Quyết định số 4128/QĐ-BYT ngày 29/7/2016 của Bộ trưởng Bộ y tế. 2016; p. 112-5.
7. Poon L.C, Shennan A. The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) initiative on pre-eclampsia: a pragmatic guide for first-trimester screening and prevention. *Int J Gynecol Obstet* 2019; 145(1):1-33.
8. Trương Thị Linh Giang. Nghiên cứu giá trị siêu âm doppler trong tiên lượng tình trạng sức khỏe của thai ở thai phụ tiền sản giật. Luận án tiến sĩ y học. Đại học Y Dược Huế; 2017.
9. Lê Hoài Chương. Nhận xét một số triệu chứng lâm sàng ở thai phụ tiền sản giật nặng được mổ lấy thai tại Bệnh viện phụ sản trung ương. *Tạp chí Y học Việt Nam* 2013; 407(1):24-7.
10. Nguyễn Thị Thanh Loan. Nghiên cứu hiệu quả điều trị tiền sản giật nặng bằng phương pháp chấm dứt sớm thai kỳ và điều trị duy trì trên bệnh nhân tiền sản giật nặng. Luận văn bác sĩ nội trú. Trường Đại học Y Dược Huế; 2012.
11. Kooffreh M.E, Ekott M, Ekpoudom D.O. The prevalence of pre-eclampsia among women in the university of Calabar teaching hospital. *Saudi journal for health sciences* 2020; 3(3):133-6.
12. Nguyễn Thanh Thúy, Nguyễn Duy Ánh, Đỗ Đức Dũng. Nghiên cứu sự xuất hiện của gen KIR2DS1, KIRSDL1 và mối liên quan của chúng với các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở các thai phụ tiền sản giật. *Tạp chí Y học Việt Nam* 2019; 478(2):184-7.
13. Sibai B.M. Diagnosis, prevention and management of preeclampsia. *Obstet Gynecol* 2005; 105(2):402-10.
14. Miguil M, Chekairi A. Eclampsia. *Hypertens Pregnancy* 2008; 27(2):103-11.
15. Katz L, Amorim M.M, Souza A.S. Risk factors for cesarean section in women with severe preeclampsia. *Pregnancy Hypertension* 2015; 5(1):68.
16. Duley L. Preeclampsia, eclampsia and hypertension. *BMJ Clin Evid* 2011; 2:1402.
17. Trần Thị Khảm. Nghiên cứu một số chỉ số hóa sinh, huyết học ở sản phụ tiền sản giật tại Bệnh viện phụ sản trung ương 7/2006-6/2008, Luận văn bác sĩ chuyên khoa II. Đại học Y Hà Nội; 2008.
18. Nair A, Savitha C. Estimation of serum uric acid as an indicator of severity of preeclampsia and perinatal outcome, *J Obstet Gynaecol India* 2017; 67(2):109-18.
19. Mol B.W, Roberts C.T. Pre-eclampsia. *Lancet* 2016; 387(10022):999-1011.

20. Ngô Văn Tài. Tiền sản giật-sản giật. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học. 2006.
21. Nguyễn Thị Anh. Nghiên cứu mối liên quan giữa triệu chứng lâm sàng với xét nghiệm cận lâm sàng trong tiền sản giật nặng và kết quả mổ lấy thai ở những sản phụ này. Luận văn thạc sỹ y học. Đại học Y Hà Nội; 2012.
22. Nankali A. Maternal complications associated with severe preeclampsia, *J Obstet Gynaecol India* 2013; 63(2):112–5.
23. Phạm Thị Hương Giang. Nhận xét thái độ xử trí tiền sản giật tại bệnh viện phụ sản Thanh Hóa trong hai giai đoạn 2012 và 2017. Luận văn thạc sỹ y học. Đại học Y Hà Nội; 2018.
24. Srinivas S.K, Edlow A.G. Rethinking IUGR in pre-eclampsia: “Dependent or independent of maternal hypertension”. *J Perinatol* 2009; 29(10):680-4.