Vietnam Journal of Community Medicine, Vol. 65, No. 3, 155-162

THE CLINICAL, PARACLINICAL FEATURES AND PREGNANCY OUTCOMES IN PRE-EC-LAMPSIA AND ECLAMPSIA WOMEN AT A THAI NGUYEN HOSPITAL

Vu Dinh Nam[1*], Pham Thi Quynh Hoa[2]

[1]*University of Medicine and Pharmacy, Thai Nguyen University - 284 Luong Ngoc Quyen, Quang Trung, Thai Nguyen City, Thai Nguyen, Vietnam*
[2]*Dai Nam University - 1 Pho Xom, Phu Lam, Ha Dong, Hanoi, Vietnam*

Received: 30/03/2024
Revised: 10/04/2024; Accepted: 20/04/2024

ABSTRACT

Objective: To describe the clinical and paraclinical features of pre-eclampsia, eclampsia women at A Thai Nguyen Hospital and pregnancy outcomes.

Subject and method: A cross-sectional descriptive study on 67 pregnant women are diagnosed with preeclampsia, eclampsia and treatment at A Thai Nguyen Hospital from April -2022 to April - 2023. 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 1,28% of which 0.4% were preterm and 0.54% were severe. 32.8% of pre-eclampsia cases had signs of edema, 38.5% of preeclampsia cases have blood pressure values ≤ 140/90 mmHg and severe preeclampsia groups have 60.7% of cases have blood pressure values ≥160/110 mmHg. The uric acid concentration in the severe pre-eclampsia group (402,6 ± 78,6 µmol/l) was statistically significantly higher than in the group without severe signs (342,6 ± 80,2 µmol/l), $p < 0.05$. The rate of cesarean section was 86.5%, this rate was 95.2% in the severe pre-eclampsia group. Eclampsia and perinatal mortality accounted for 1.5% and both occurred in severe preeclampsia groups.

Conclusion: The rate of preeclampsia - eclampsia in A Thai Nguyen 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. Preterm birth rate, rate complications were all adverse in the severe preeclampsia group.

Keywords: Preeclampsia, Hypertensive disorders of pregnancy, high-risk pregnancy.

*Corressponding author
Email address: nambmsandhydtn@gmail.com
Phone number: (+84) 862 784 018
https://doi.org/10.52163/yhc.v65i3.1071

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ THAI KỲ Ở THAI PHỤ TIỀN SẢN GIẬT - SẢN GIẬT TẠI BỆNH VIỆN A THÁI NGUYÊN

Vũ Đình Nam[1*], Phạm Thị Quỳnh Hoa[2]

[1]*Trường Đại học Y- Dược, Đại học Thái Nguyên - 284 Lương Ngọc Quyến, Quang Trung, Thành phố Thái Nguyên, Thái Nguyên, Việt Nam*
[2]*Trường Đại học Đại Nam - 1 Phố Xốm, Phú Lâm, Hà Đông, Hà Nội, Việt Nam*

Ngày nhận bài: 30 tháng 03 năm 2024
Ngày chỉnh sửa: 10 tháng 04 năm 2024; Ngày duyệt đăng: 20 tháng 04 năm 2024

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị thai kỳ của sản phụ tiền sản giật – sản giật tại Bệnh viện A Thái Nguyên

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang gồm 67 sản phụ được chẩn đoán tiền sản giật - sản giật nhập viện theo dõi điều trị tại Bệnh viện A Thái Nguyên trong khoảng thời gian từ tháng 4/2022 đến 4/2023.

Kết quả: Tỷ lệ tiền sản giật – sản giật chung là 1,28%, trong đó 0,4% trường hợp non tháng và 0,54% trường hợp bệnh nặng. 32,8% trường hợp tiền sản giật có dấu hiệu phù bệnh lý, 38,5% trường hợp tiền sản giật có trị số huyết áp $\leq$ 140/90 mmHg , nhóm tiền sản giật nặng có 60,7% trường hợp có trị số huyết áp $\geq$160/110 mmHg. Nồng độ axit uric ở nhóm TSG nặng (402,6 $\pm$ 78,6 µmol/l) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm TSG không có triệu chứng nặng (342,6 $\pm$ 80,2 µmol/l), $p < 0.05$. Tỷ lệ mổ lấy thai ở nhóm TSG là 86,5% , tỷ lệ này ở nhóm TSG nặng lên đến 96,4%. Biến chứng sản giật và tử vong chu sinh chiếm 1,5% và đều xảy ra ở nhóm tiền sản giật nặng.

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

Từ khóa: Tiền sản giật, rối loạn tăng huyết áp trong thai kỳ, thai nghén nguy cơ cao.

*Tác giả liên hệ
Email: nambmsandhydtn@gmail.com
Điện thoại: (+84) 862 784 018
https://doi.org/10.52163/yhc.v65i3.1071

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiền sản giật (TSG) là một hội chứng bệnh lý toàn thân rất phức tạp, tiềm ẩn rất nhiều nguy cơ rủi ro cho sức khỏe của người phụ nữ và thai nhi xảy ra trong giai đoạn mang thai. Bệnh thường xuất hiện từ sau tuần lễ thứ 20 của thai kỳ, chiếm tỉ lệ khoảng 5-10% tổng số sinh và diễn biến phức tạp. Theo thống kê của Tổ chức y tế thế giới bệnh lý này chiếm 10-15% trong tổng số các nguyên nhân gây tử vong mẹ và tử vong chu sinh, là nguyên nhân làm cho thai nhi chậm phát triển và chết trong tử cung nếu không được phát hiện và điều trị sớm. Vì vậy, tiền sản giật được Tổ chức y tế thế giới xem là một trong số các vấn đề toàn cầu quan trọng. Tại Việt Nam, tiền sản giật - sản giật (TGS – SG) chiếm khoảng 4-5% trong tổng số phụ nữ mang thai, là một trong năm tai biến sản khoa cần ngăn chặn và giải quyết [1],[2]. Đặc biệt tiền sản giật nặng là nguyên nhân chính làm tăng tỉ lệ tử vong mẹ thời kỳ chu sản do sự rối loạn chức năng của đa cơ quan. Tiền sản giật là một bệnh lý liên quan đến bánh rau. Cơ chế hình thành tiền sản giật trong thai kỳ đến nay vẫn chưa định hình rõ. Chúng ta có thể xác định được một số yếu tố liên quan đến tiền sản giật tuy nhiên việc điều trị dự phòng còn ít hiệu quả. Chẩn đoán tiền sản giật hiện nay không khó tuy nhiên do tính chất của bệnh cho nên điều trị cao huyết áp, chọn thời điểm lấy thai và bánh rau ra khỏi cơ thể sản phụ là yếu tố quyết định.

Do vậy hệ thống hồi sức sơ sinh là yếu tố quan trọng để đảm bảo an toàn cho thai nhất là đối với các bệnh viện tuyến dưới như Bệnh viện A Thái Nguyên. Do đó để đáp ứng được yêu cầu này trong việc điều trị tiền sản giật là một việc không dễ dàng thậm chí là khó khăn và chắc chắn còn có những hạn chế, để tìm hiểu và phát hiện với hy vọng giúp cải thiện việc điều trị tiền sản giật tại bệnh viện A Thái Nguyên ngày càng tốt hơn, chúng tôi thực hiện đề tài 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 A Thái Nguyên".

Mục tiêu:

Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả thai kỳ của sản phụ TSG -SG tại Bệnh viện A Thái Nguyên.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Tại Khoa Sản - bệnh viện A Thái Nguyên từ tháng 4/2022 đến tháng 4/2023.

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả các thai phụ có tuổi thai trên 28 tuần nhập viện tại Khoa Sản, Bệnh viện A Thái Nguyên thời gian từ tháng 4/2022 đến 4/2023, thỏa mãn tiêu chuẩn như sau:

Tiêu chuẩn lựa chọn: Các thai phụ nhập viện có tuổi thai ≥ 28 tuần 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) ≥ 90mmHg, và;

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

Có chỉ định chấm dứt thai kỳ trong đợt nhập viện này, đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Thai 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.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu

Chọn mẫu: Phi xác suất bằng cách thuận tiện gồm tất cả thai phụ đủ tiêu chuẩn trong thời gian từ 01/04/2022 đến 01/04/2023.

Cỡ mẫu: Theo công thức ước lượng tỷ lệ

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

Ước tính cỡ mẫu cho một tỷ lệ với điều kiện khoảng tin cậy 95% không lớn hơn 5% (α = 0,05, Z = 1,96), tham khảo các nghiên cứu tại Việt Nam có tỷ lệ TSG trong khoảng 2,8 - 5,5% [5] (p = 0,028) , cỡ mẫu tối thiểu nghiên cứu cần đạt là 42 trường hợp. Thực tế nghiên cứu ghi nhận có 67 thai phụ thỏa các tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

2.5. Biến số/ chỉ số/ Nội dung/ chủ đề nghiên cứu

Đặc điểm chung: Số lần mang thai, tuổi, địa dư và nghề nghiệp, tỷ lệ tiền sản giật và phân loại (theo mức độ, thời điểm chấm dứt thai kỳ).

Triệu chứng lâm sàng: Đau đầu, phù toàn thân, nhìn mờ, đau thượng vị, tăng huyết áp.

Đặc điểm cận lâm sàng: Công thức máu(hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu), sinh hóa máu(axit uric, AST, ALT, Ure, Creatinine), protein niệu.

Kết quả điều trị: thời gian và phương pháp sinh ;

biến chứng mẹ (sản giật, tử vong) và con(sinh non, thai tử vong trong tử cung, thai chậm phát triển, ngạt, tỷ lệ chu sinh).

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

Lấy tất cả thai phụ đủ tiêu chuẩn chọn mẫu và qua phỏng vấn kết hợp với việc thu thập số liệu trên hồ sơ bệnh án dựa trên phiếu thu thập số liệu được thiết kế sẵn bao gồm các nội dung như số lần mang thai, tuổi mẹ, nghề nghiệp, nơi ở, tuổi thai, số lần khám thai, đo huyết áp để đánh giá chỉ số huyết áp, phân loại tiền sản giật, các triệu chứng như phù, nhức đầu, nhìn mờ,… các xét nghiệm như công thức máu , sinh hóa máu (ure, cretinin, AST, ALT, acid uric).

Đánh giá kết quả điều trị qua các biến số như tuổi thai kết thúc thai kỳ, phương pháp chấm dứt thai kỳ và các biến chứng cho mẹ như sản giật, tử vong,.. các biến chứng về con như sinh non, thai chết trong tử cung, thai chậm phát triển trong tử cung, ngạt, tử vong chu sinh thông qua các số liệu thu thập được bằng cách tham khảo hồ sơ bệnh án.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu thu thập được nhập bằng phần mềm epidata, xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0

2.8. Đạo đức nghiên cứu: Đã được chấp thuận của lãnh đạo Bệnh viện A Thái Nguyên.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi tiếp nhận 5.230 trường hợp theo dõi kết thúc thai kỳ, trong đó có 67 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 = 67)	Tỷ lệ (%)
1. Số lần mang thai	- Con so - Con rạ	29 38	43,3 56,7
2. Tuổi trung bình X ± SD		33,0 ± 5,6	
3. Địa dư	- Thành phố - Nông thôn - Miền núi	10 47 10	14,9 70,1 14,9
4. Nghề nghiệp	- Công chức - Công nhân, nông dân - Buôn bán	15 42 10	22,4 62,7 14,9

Nhận xét: Mẫu có độ tuổi trung bình 33,0 ± 5,6, tỷ lệ con so và 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 = 67)	Tỷ lệ (%)
1. Tổng số thai phụ nhập viện kết thúc thai kỳ	5230	100
2. Số lượng thai phụ bị TSG	67	1,28
3. Phân loại TSG theo mức độ bệnh - TSG không có dấu hiệu nặng - TSG nặng	 39 28	 0,74 0,54
4. Phân nhóm TSG theo thời điểm chấm dứt thai kỳ - TSG non tháng (< 37 tuần) - TSG đủ tháng (≥37 tuần)	 21 46	 0,4 0,88

Nhận xét: Tỷ lệ TSG chung của Bệnh viện A Thái Nguyên từ tháng 4/2022 đến 4/2023 là 1,28% trong đó 0,4% trường hợp thuộc TSG non tháng và 0,54% trường hợp TSG nặng.

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng 3. Các đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm lâm sàng	TSG (n = 39)		TSG nặng (n = 28)		Tổng (n = 67)	
	n	%	n	%	n	%
1. Đau đầu	12	30,8	9	32,1	21	31,3
2. Phù toàn thân	7	17,9	15	53,6	22	32,8
3. Nhìn mờ	0	-	2	7,1	2	2,9
4. Đau vùng thượng vị	0	-	2	7,1	2	2,9
5. Đặc điểm tăng huyết áp - ≤ 140 / 90 mmHg - 150 /100 mmHg - ≥ 160 /110mmHg	 15 24 0	 38,5 61,5 -	 0 11 17	 - 39,3 60,7	 15 35 17	 22,3 52,2 25,3

Nhận xét: Chỉ có 32,8% trường hợp TSG có triệu chứng phù toàn thân, tỷ lệ này trong nhóm TSG nặng chiếm 53,6% , trong nhóm TSG không có dấu hiệu nặng chỉ có 17,9%. Có 61,5% trường hợp TSG không có triệu chứng nặng có trị số huyết áp 150 /100 mmHg, trong khi đó nhóm TSG nặng có 60,7% có trị số huyết áp > 160 /110mmHg.

Bảng 4: Đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm cận lâm sàng	TSG (n = 39)	TSG nặng (n = 28)	Tổng (n = 67)
1. Số lượng hồng cầu (T/l)	4,4 ± 0,4	4,3 ± 0,4	4,3 ± 0,4
2. Số lượng bạch cầu (G/l)	9,7 ± 0,8	10,4 ±1,8	9,9 ±1,2
3. Số lượng tiểu cầu (G/l)	214,8 ± 72,5	214,2 ± 68,4	214,5 ± 70,7
4. Protein niệu (g/l)	0,76 ± 0,7	2,8 ± 1,2	1,6 ± 0,9
5. Ure (mmol/l)	4,0 ± 1,1	4,5 ± 1,2	4,2 ± 1,1
6. Creatinine (µmol/l))	60,4 ± 11,2	64,2 ± 8,4	61,9 ± 10,1
7. Axit uric (µmol/l)	342,6 ± 80,2	402,6 ± 78,6	367,6 ± 79,5
8. AST(UI/l)	24,3 ± 14,4	32,2 ± 22,4	27,6 ± 17,7
9. ALT(UI/l)	17,3 ± 12,4	23,3 ± 15,4	19,8 ± 13,6

Nhận xét: Nồng độ axit uric ở nhóm TSG nặng (402,6 ± 78,6 µmol/l) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm TSG không có triệu chứng nặng (342,6 ± 80,2 µmol/l), $p < 0,05$. Các chỉ số cận lâm sàng khác không có sự khác biệt giữa TSG và TSG nặng.

3.3. Kết quả điều trị

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

	TSG (n = 39)		TSG nặng (n = 28)		Tổng (n = 67)	
	n	%	n	%	n	%
Tuổi thai kết thúc thai kỳ	38,3±1,6		37,1±2,7		37,7 ± 2,1	
Phân loại nhóm tuổi thai						
28 - 34 tuần	0	-	3	10,7	3	4,5
35 - 37 tuần	11	28,2	12	42,8	23	34,3
> 37 tuần	28	71,8	13	46,5	41	61,2
Phương pháp chấm dứt thai kỳ						
Mổ lấy thai (chủ đông + cấp cứu)	31	79,4	27	96,4	58	86,5
Đẻ thường	8	20,6	1	3,6	11	13,5

Nhận xét: Tỷ lệ mổ lấy thai ở nhóm TSG là 86,5% , tỷ lệ này ở nhóm TSG nặng lên đến 96,4%.

Bảng 6: Biến chứng về mẹ và con

	TSG (n = 39)		TSG nặng (n = 28)		Tổng (n = 67)	
	n	%	n	%	n	%
Biến chứng về mẹ						
- Sản giật	0	-	2	7,14	2	2,9
- Tử vong mẹ	0	-	0	-	0	-
Biến chứng về con						
- Sinh non	5	12,8	8	28,5	13	46,4
- Thai chết trong tử cung	0	-	1	3,6	1	1,5
- Thai chậm phát triển trong tử cung	0	-	6	21,4	6	8,9
- Ngạt	0	-	3	10,7	3	4,4
- Tử vong chu sinh	0	-	1	3,6	1	1,5

Nhận xét: Tỷ lệ xuất hiện sản giật chiếm 2,9% trong tổng số bệnh nhân TSG. Có 46,4% trường hợp TSG sinh non trong đó TSG nặng chiếm 28,5% và TSG không có triệu chứng nặng là 12,8%. Tỷ lệ tử vong chu sinh là 1,5% xảy ra trong trường hợp TSG nặng.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Tiền sản giật là bệnh lý thường gặp với nhiều biến chứng có thể xảy ra như sản giật, hội chứng HELLP, phù phổi cấp, rối loạn đông máu, nhau bong non, suy thai, suy dinh dưỡng bào thai hoặc có thể thai chết lưu,... [10] do đó, công tác chăm sóc y tế trong thai kỳ cần quan tâm hơn nữa nhằm phát hiện những trường hợp có bệnh lý trong thai kỳ nhất là tăng huyết áp thai kỳ. Nếu phát hiện sớm và quản lý thai nghén chặt chẽ sẽ chặn đứng sự tiến triển của tiền sản giật nặng và các biến chứng do bệnh này nên có thể tránh được các biến chứng cho mẹ, thai nhi [1].

Trong thời gian nghiên cứu, Bệnh viện A Thái Nguyên đã quản lý và theo dõi kết thúc thai kỳ 5230 trường hợp, trong đó có 67 trường hợp TSG phù hợp tiêu chuẩn chọn đã được thu nhận, theo dõi, nghiên cứu. Tỉ lệ TSG là 1,28%, trong đó 0,4% trường hợp thuộc nhóm TSG non tháng và 0,54% trường hợp TSG nặng. Theo các nghiên cứu trong nước công bố trong thời gian từ 2014 - 2019, tỉ 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 của tỉnh Thái Nguyên phần nhiều điều trị tại các bệnh viện tuyến trên như Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên, Phụ sản Hà Nội. Do vậy số lượng bệnh nhân TSG điều trị tại bệnh viện A Thái Nguyên 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 huyết áp (bảng 3), kết quả này tương đương với Trương Thị Linh Giang (2017) tỉ lệ đau đầu 23,5%, tác giả Lê Hoài Chương… có tỉ 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 95,5%.

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, HATTr trung bình 101,7 ± 14,9 mmHg. Nguyễn Thanh Thúy HATT trung bình 155,9 ± 14,8 mmHg, HATTr 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. Chúng tôi nghiên cứu tại bệnh viện A Thái Nguyên 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 A Thái Nguyên 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 [5]. Điều này phù hợp với kết quả của chúng tôi tại Bệnh việ A Thái Nguyên protein niệu trung bình thấp 1,6 ± 0,9 g/l nhưng tỉ lệ mổ lấy thai khá cao 86,5%.

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 µmol/l làm tăng nguy cơ mổ lấy thai [7]. 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 [8]. 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.

Ngoài ra, nghiên cứu của chúng tôi thực hiện ở bệnh viện A Thái Nguyên 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 37,7 ± 2,1 tuần, nhóm TSG nặng có tuổi thai chấm dứt thai kỳ trung bình là 37,1 ± 2,7 tuần, mặc dù tuổi thai này thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm TSG không có dấu hiệu nặng (38,3 ± 1,6 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 61,2% trường hợp đủ tháng và chỉ có 4,5%

trường hợp (3 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.

Tỷ lệ mổ lấy thai trên bệnh nhân TSG trong nghiên cứu chúng tôi là 86,5%, tỷ lệ này ở nhóm TSG nặng lên đến 96,4%. Tỉ lệ mổ lấy thai chúng tôi cao hơn của Phạm Văn Tự (2020) là 95,2% , Miguil, Chekairi (2008) tỉ lệ mổ lấy thai là 71% [10]. 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% [2], [10]. 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 chuyển 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 [2]. 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.

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 Srinivas và cộng sự TSG làm tăng tỉ lệ thai chậm phát triển trong tử cung lên khoảng 2-3 lần . Nghiên cứu chúng tôi thực hiện tại bệnh viện A Thái Nguyên, 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. Biến chứng sản giật và tử vong chu sinh chiếm 1,5% 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

Tỷ lệ tiền sản giật – sản giật ở Bệnh viện A Thái Nguyên tương đối thấp, tuy nhiên tỷ lệ mổ lấy thai ở ở nhóm bệnh nhân này khá cao, đặc biệt ở nhóm bệnh nặng. Tỷ lệ sinh non, tỷ lệ các biến chứng đều theo chiều hướng bất lợi ở nhóm tiền sản giật nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Abalos E, Cuesta C, Grosso AL, Global and regional estimate of preeclampsia and eclampsia: a systematic review. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2013; 170:1-7.

[2] Dhariwal NK, Lynde GC, Update in the management of patients with preeclampsia. Anesthesiol Clin 2017; 35(1):95-106.

[3] Bokslag A, Mol BW, Preeclampsia: short and longterm 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 JObstet 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 LC, Shennan A, The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) initiative on pre-ec- lampsia: 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.