

OUTCOMES OF PREECLAMPSIA MANAGEMENT AT THE NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Vu Hong Thang^{1,*}, Nguyen Quang Bac²

¹Hai Phong International Hospital of Obstetrics and Gynecology - 124 Nguyen Duc Canh, Cat Dai, Le Chan, Hai Phong, Vietnam

²National Hospital of Obstetrics and Gynecology - 43 Trang Thi, Hoan Kiem, Hanoi, Vietnam

Received 06/10/2022

Revised 10/11/2022; Accepted 12/12/2022

ABSTRACT

Objectives: To describe the clinical, para-clinical characteristics and analyze pregnancy management results in preeclamptic patients.

Methodology: A retrospective descriptive study was conducted from January 2019 to December 2021 on 316 patients diagnosed with preeclampsia, severe preeclampsia and eclampsia at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology.

Results: Mild preeclampsia and severe preeclampsia were most common in maternal age from 20-34 years old (62.97%), mainly in the group of late preterm birth with gestational age from 33-36 weeks (44.7% and 48.0%, respectively). Hypertension and edema were recorded in the majority of patients. Patients with positive proteinuria were 94.3%, 10.4% of patients with serum urea > 6.6 mmol/l; 7.6% of all had serum creatinine > 106 μmol/l; 51.6% had uric acid > 400 μmol/l; 16.5% had GOT/GPT > 70 IU/l. Pregnant women with platelets <100 G/L accounted for 10.4%, decreased blood protein <60 g/l was 38%, albumin concentration < 25 g/l was 23.4%. Termination of pregnancy was mainly by cesarean section (95.4%). Maternal complications were found in 146 out of 295, 186 out of 295 neonates with Apgar 1 minute <7 points (63.1%). Termination of pregnancy by induction of labor was recorded in 7 out of 21 cases with maternal complications, 11/21 neonatal cases with Apgar < 7 points (52.4%).

Conclusion: Preeclampsia occurred mainly in the gestational age group of 33 to 36 weeks. Complications for the mother and fetus were severe.

Keywords: Pre-eclampsia, eclampsia, National Hospital of Obstetrics and Gynecology.

*Corresponding author

Email address: vuhongthanghd@gmail.com

Phone number: (+84) 929 059 999

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i1.568>



KẾT QUẢ XỬ TRÍ THAI NGHÉN SẢN PHỤ TIỀN SẢN GIẬT TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Vũ Hồng Thăng^{1,*}, Nguyễn Quảng Bắc²

¹Bệnh viện Quốc tế Sân Nhi Hải Phòng - 124 Nguyễn Đức Cảnh, Cát Dài, Lê Chân, Hải Phòng, Việt Nam

²Bệnh viện Phụ sản Trung ương - 43 Tràng Thi, Hoàn Kiếm, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 06 tháng 10 năm 2022

Chỉnh sửa ngày: 10 tháng 11 năm 2022; Ngày duyệt đăng: 12 tháng 12 năm 2022

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nhận xét kết quả xử trí thai nghén các sản phụ tiền sản giật.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu tiến hành từ 1/2019 đến 12/2021 trên 316 bệnh nhân được chẩn đoán là tiền sản giật, tiền sản giật nặng và sản giật tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

Kết quả: Tiền sản giật nhẹ và tiền sản giật nặng gặp nhiều nhất độ tuổi mẹ từ 20-34 tuổi (62,97%), chủ yếu rơi vào nhóm đẻ non muộn có tuổi thai từ 33-36 tuần (44,7% và 48,1%). Tăng huyết áp và phù gặp hầu hết bệnh nhân. Bệnh nhân có protein niệu dương tính (94,3%), 10,4% bệnh nhân có ure huyết thanh > 6,6 mmol/l; 7,6% có creatinin huyết thanh > 106 μ mol/l; 51,6% có acid uric > 400 μ mol/l; 16,5% có GOT/GPT > 70 IU/l. Thai phụ có tiểu cầu <100 G/L chiếm 10,4%, thai phụ protein máu giảm <60 g/l chiếm 38%, albumin < 25 g/l chiếm 23,4%. Đình chỉ thai chủ yếu là mổ đẻ (95,4%) có 146/295 trường hợp có biến chứng mẹ, 186/295 sơ sinh có Apgar 1 phút <7 điểm (63,1%). Đình chỉ thai nghén bằng khởi phát chuyển dạ có 7/21 trường hợp có biến chứng mẹ, 11/21 trường hợp sơ sinh có Apgar 1 phút <7 điểm (52,4%).

Kết luận: Tiền sản giật xảy ra phần lớn ở nhóm tuổi thai từ 33-36 tuần. Biến chứng với mẹ và thai là rất nặng nề.

Từ khóa: Tiền sản giật, sản giật, Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiền sản giật (TSG) là một hội chứng bệnh lý nghiêm trọng của thời kỳ thai nghén, thường xảy ra sau tuần lễ thứ 20 của thai kỳ và chấm dứt sau 6 tuần sau đẻ, gồm 3 triệu chứng chính: phù, tăng huyết áp và protein niệu [9]. Tỷ lệ mắc tiền sản giật có sự khác nhau giữa từng

khu vực, thường dao động từ 3%– 8% [9-11]. Tỷ lệ TSG ở các nước đang phát triển ước tính cao hơn gấp 7 lần so với các nước phát triển [13].

Tiền sản giật làm tăng tỷ lệ mắc bệnh và tử vong của cả thai nhi và phụ nữ mang thai, gây ra nhiều biến chứng nặng nề cho mẹ như sản giật, rau bong non, suy gan,

*Tác giả liên hệ

Email address: vuhongthanghd@gmail.com

Điện thoại: (+84) 929 059 999

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i1.568>

suy thận, có khi có tử vong [11]. Ngoài ra, tiền sản giật cũng gây ra nhiều biến chứng nặng nề cho con như suy thai, thai chậm phát triển trong tử cung, thai chết lưu, đẻ non, đẻ nhẹ cân suy dinh dưỡng, trẻ em chậm phát triển về thể chất lẫn tinh thần tăng thêm gánh nặng cho xã hội sau này [1, 12].

Nguyên nhân và cơ chế sinh bệnh tiền sản vẫn còn là một vấn đề gây nhiều tranh cãi. Chính vì vậy, thái độ điều trị, cách thức xử trí và quản lý người bệnh còn nhiều điểm chưa nhất quán. Mục tiêu điều trị tiền sản giật là ngăn cản sự tiến triển của bệnh nhằm tránh các biến chứng có thể xảy ra, cải thiện tình trạng bệnh và giảm tỉ lệ tử vong mẹ và đảm bảo cho sự phát triển bình thường của thai trong tử cung, hạn chế những nguy cơ có thể xảy ra cho thai. Một trong những biện pháp điều trị đó là quyết định phương pháp đình chỉ thai nghén thích hợp dựa vào tuổi thai, mức độ bệnh. Trong những năm gần đây tỉ lệ mổ lấy thai ở sản phụ TSG ngày càng cao. Tại Bệnh viện Phụ sản – Nhi Đà Nẵng: 88,1% [2], Bệnh viện Phụ sản Trung ương 2013 mổ lấy thai trên sản phụ chưa có dấu hiệu chuyển dạ: 84%, năm 2017: 90,3% [5, 8]. Để tìm hiểu thêm rõ hơn về tình hình xử trí thai nghén trên sản phụ tiền sản giật chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “Kết quả xử trí thai nghén sản phụ tiền sản giật tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ năm 2019-2021”.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả hồ sơ bệnh án của các thai phụ nằm viện được chẩn đoán là TSG, TSG nặng và Sản giật tại BVPSTU thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ sau:

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Có thai sống trong buồng tử cung từ 28 tuần trở nên tại thời điểm vào viện vì khả năng thai nuôi được cao hơn.
- Huyết áp tâm thu ≥ 140 mmHg, hoặc huyết áp tâm trương ≥ 90 mmHg.
- Có hoặc không phù.

- Có protein niệu $\geq 0,5$ g/l ở mẫu nước tiểu lấy ngẫu nhiên.

- Có hồ sơ mẹ và sơ sinh được ghi chép đầy đủ rõ ràng về hành chính chuyên môn và xét nghiệm trước và sau khi đình chỉ thai nghén.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Các thai phụ không đảm bảo đủ các tiêu chuẩn chọn mẫu.

- Sản phụ mắc các bệnh mạn tính sau đây: THA, bệnh tim, bệnh thận, đái tháo đường, bệnh gan, basedow, bệnh về máu.

- Sản phụ mắc các bệnh tâm thần, rối loạn trí nhớ.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Sử dụng thiết kế nghiên cứu mô tả hồi cứu.

2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu này được thực hiện từ tháng 1 năm 2019 đến tháng 12 năm 2021 tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu

Chọn mẫu thuận tiện: Để nghiên cứu tình hình ĐCTN từ năm 2019-2021, chúng tôi lấy tất cả những bệnh án thai phụ bị TSG, TSG nặng và sản giật được ĐCTN có đủ tiêu chuẩn chọn mẫu để đưa vào nghiên cứu.

2.5. Bộ công cụ: Chúng tôi sử dụng tất cả bệnh án thai phụ bị TSG, TSG nặng và sản giật để cung cấp thông tin cho nghiên cứu.

2.6. Xử lý số liệu: Số liệu sau khi thu thập sẽ được mã hóa và nhập bằng phần mềm Epidata 3.1, xử lý bằng phần mềm Stata 14.0. Chúng tôi sử dụng T-test để kiểm định sự khác biệt giữa 2 giá trị trung bình và χ^2 test để kiểm định sự khác biệt giữa 2 tỷ lệ, có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

Đề tài được thông qua bởi hội đồng đạo đức của Trường Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện Phụ Sản Trung ương. Sử dụng siêu âm không ảnh hưởng tới thai phụ và thai nhi.

3. KẾT QUẢ



Bảng 1. Phân bố nhóm tuổi thai theo mức độ tiền sản giật

Tuổi thai	TSG nhẹ n (%)	TSG nặng n (%)	Tổng n (%)	p
<28 tuần	5 5,9	0	5 1,6	p<0,001
29-32 tuần	21 24,7	86 37,2	107 33,9	
33-36 tuần	38 44,7	111 48,1	55 17,4	
≥ 37 tuần	21 24,7	34 14,7	55 17,4	
Tổng số	85 100	231 100	316 100	

Tiền sản giật nhẹ chủ yếu rơi vào nhóm đẻ non muộn có tuổi thai từ 33-36 tuần (44,7%). Nhóm đẻ cực non chỉ có 5/316 bệnh nhân (5,9%). Tiền sản giật nặng chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm đẻ non muộn có tuổi thai từ 33-36 tuần chiếm 48,1%.

Bảng 2. Sự phân bố tỷ lệ ĐCTN theo tuổi mẹ và số con

Tuổi mẹ	Con so n (%)	Con rạ n (%)	Tổng n (%)
< 20	2 66,7	1 33,6	3 100
20-34	98 49,2	101 50,8	199 100
> 35	56 49,1	58 50,9	114 100
Tổng	156 49,4	160 50,6	316 100
Mean ± SD	32,4 ± 6,1		
Min	18		
Max	51		

Đa số bệnh nhân có tuổi từ 20-34 tuổi (199/316 BN), thấp nhất là 18 tuổi, cao nhất là 51 tuổi, tuổi trung bình là 32,4 ± 6,1 tuổi. Nhóm con rạ chiếm tỷ lệ cao hơn nhóm con so (50,6%)

Bảng 3. Mô tả triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng lúc đình chỉ thai nghén

STT	Triệu chứng khi ĐCTN	n	Tỷ lệ %
1	Tăng huyết áp		
	Độ 1	85	26,9
	Độ 2	116	36,7
	Độ 3	115	36,4
2	Protein niệu		
	Âm tính	8	2,5
	Dương tính < 3g/l	153	48,4
	> 3g/l	155	49,1
3.	Cơ năng		
	đau đầu	86	27,2
	rối loạn thị giác	18	5,7
	Rối loạn khác (đau thượng vị rối loạn tiếp xúc, nôn nhiều)	8	2,5
	Khó thở	2	0,6
	Thiếu niệu	1	0,3
	Đau đầu và rối loạn thị giác	17	27,2
	Đau đầu kèm các triệu chứng khác	7	2,1
4	Phù		
	không phù	18	5,7
	Phù 2 chi dưới	204	64,6
	Phù toàn thân	93	29,4
	Tràn dịch đa màng	1	0,3
5	Urê huyết thanh (mmol/l)		
	< 6,6	283	89,6
	> 6,6	33	10,4
6	Crêatinin huyết thanh(μ mol/l)		
	< 106	292	92,4
	> 106	24	7,6
7	Acid uric huyết thanh(μ mol/l)		
	< 400	153	48,4
	> 400	163	51,6



STT	Triệu chứng khi ĐCTN	n	Tỷ lệ %
8	SGOT/GPT(UI/l)		
	< 70	264	83,5
	> 70	52	16,5
9	Tiểu cầu (trong 1mm ³ máu)		
	> 100.000	283	89,6
	< 100.000	33	10,4
10	Protid huyết thanh TP (g/l)		
	< 60	120	38,0
	> 60	196	62,0
11	Albumin huyết thanh (g/l)		
	< 25	74	23,4
	≥ 25	242	76,6

Lâm sàng:

- Bệnh nhân vào viện trong tình trạng huyết áp cao độ 2 và độ 3 (36,7% và 36,4%)
- Có 27,2% BN có triệu chứng đau đầu hoặc đau đầu kèm rối loạn thị giác, 2,1% đau đầu kèm các triệu chứng khác.
- Đa số bệnh nhân vào viện có phù, chiếm tỷ lệ cao nhất là phù 2 chi dưới 204/316 (64,6%), 01 bệnh nhân kèm

tràn dịch đa màng.

Cận lâm sàng:

- 94,3% bệnh nhân có protein niệu dương tính, trong đó 48,4% có protein niệu < 3g/l; 49,1% có protein niệu ≥ 3g/l.
- BN có protein máu giảm <60 g/l chiếm 38%, albumin < 25 g/l chiếm 23,4%.

Bảng 4. Kết quả của phương pháp mổ lấy thai

Tuổi thai	< 28 tuần	28-32 tuần	33-36 tuần	≥37 tuần	Tổng (n, %)	p
Con sống	5 1,7	100 34,8	136 47,4	46 16,0	287 100	p>0,05
Con chết	0	4 44,4	3 33,3	2 22,2	9 100	
Biến chứng chảy máu	1 0,7	59 39,9	69 46,6	19 12,8	148 100	

- Tỷ lệ con sống tăng khi tuổi thai tăng lên
- Tỷ lệ có biến chứng chảy máu cao nhất khi tuổi thai

từ 33-36 tuần (46,6%), sau đó là nhóm từ 28-32 tuần 39,9%

Bảng 5. Kết quả của phương pháp khởi phát chuyển dạ

Tuổi thai	< 28 tuần	28-32 tuần	33-36 tuần	≥37 tuần	Tổng (n, %)	P
Con sống	0	1 5,9	9 52,9	7 41,2	17 100	p>0,05
Con chết	0	2 66,7	1 33,3	0	3 100	
Biến chứng chảy máu	0	0	3 60,0	2 40,0	5 100	

Tỷ lệ con sống tăng khi tuổi thai tăng lên, tỷ lệ có biến chứng chảy máu cao nhất khi tuổi thai từ 33-36 tuần (60%), sau đó là nhóm từ ≥37 tuần 40%.

Bảng 6. So sánh 2 phương pháp đình chỉ thai nghén

Phương pháp ĐCTN	Tình trạng mẹ		Tình trạng con		
	Biến chứng	Không	Apgar 1' ≥ 7 điểm	Apgar 1' < 7 điểm	Tử vong sau sinh
Mổ lấy thai (n= 295)	146 95,4	149 94,3	109 91,6	186 94,4	24 88,9
Khởi phát chuyển dạ (n= 21)	7 4,6	9 5,7	10 8,4	11 5,6	3 11,1
Tổng (n = 316)	153 100	158 100	119 100	197 100	27 100

Đình chỉ thai nghén bằng mổ lấy thai có 146/295 trường hợp có biến chứng mẹ, 186/295 trường hợp sơ sinh có Apgar 1 phút <7 điểm. Đình chỉ thai nghén bằng khởi phát chuyển dạ có 7/21 trường hợp có biến chứng mẹ, 11/21 trường hợp sơ sinh có Apgar 1 phút <7 điểm.

4. BÀN LUẬN

Thông tin chung đối tượng nghiên cứu

Tuổi thai: TSG nhẹ và TSG nặng chủ yếu rơi vào nhóm đẻ non muộn có tuổi thai từ 33-36 tuần. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi trong đồng với kết quả nghiên cứu của Lê Thiện Thái năm 2010 tuổi thai trung bình của các bà mẹ khi nhập viện là 36,6 ± 3,35 tuần [6].

Tuổi sản phụ: TSG chủ yếu xảy ra ở phụ nữ trong độ tuổi bệnh nhân có tuổi từ 20-34 tuổi. Đây là lứa tuổi sinh đẻ của người phụ nữ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của Hà Thị Tiểu Di năm 2014 [2].

Số lần mang thai: Số sản phụ mang thai con so chiếm tỷ lệ gần 50%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của nhiều tác giả như Nguyễn Công Nghĩa (2001): con so (49,2%) và con rạ (50,8%) [4]. Điều này có thể được giải thích dựa vào thuyết “Thiếu máu tử cung rau”, do mạch máu nhau thai ở người sinh con so chưa phát triển tốt bằng ở bà mẹ sinh con rạ hoặc do cơ chế bệnh sinh của TSG có liên quan đến yếu tố miễn dịch. Sự tiếp xúc cơ thể mẹ với kháng nguyên từ cha/ bào thai có thể tạo ra các kháng thể giúp bảo vệ mẹ chống lại TSG ở những lần sinh tiếp theo.

Các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

Lâm sàng:

Tăng HA: Tăng huyết áp là triệu chứng chính, xuất hiện đầu tiên trong bệnh lý TSG. Đa số bệnh nhân vào viện trong tình trạng huyết áp cao độ 2 và độ 3 (36,7% và 36,4%). Điều này nói lên vai trò quan trọng của tăng HA, đây là một nguyên nhân chủ yếu gây ra các biến chứng nguy hiểm cho mẹ và con.



Cơ năng: Sự xuất hiện các triệu chứng như đau đầu, nhìn mờ, đau thượng vị là những triệu chứng biểu hiện của một tình trạng bệnh lý nặng nề và đau đầu có thể coi như một dấu hiệu báo trước trong sản giật.

Phù: Phù trong TSG là không phù, phù 2 chi dưới, phù toàn thân và tràn dịch đa màng. Theo cổ điển, phù được mô tả là dấu hiệu sớm nhất của TSG đang tiến triển. Kết quả cho thấy rằng phù là dấu hiệu hay gặp ở thai phụ TSG nặng – SG có 1 bệnh nhân kèm tràn dịch đa màng. Vì vậy, tỷ lệ sản phụ đến khám và điều trị với các triệu chứng ở mức độ nặng, như phù 2 chi dưới, phù toàn thân hoặc tăng huyết áp hoặc protein niệu cao là điều dễ hiểu.

Cận lâm sàng:

Protein niệu: Protein niệu là triệu chứng xuất hiện sau cùng của 3 triệu chứng và là dấu hiệu đáng lo ngại nhất. Tỷ lệ trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Hà Thị Tiểu Di năm 2014 với hàm lượng $\geq 3\text{g/l}$ chiếm tỷ lệ 67,2% [2].

Trong các xét nghiệm, nồng độ acid uric ngoài giới hạn thường xuất hiện trong bệnh lý TSG. Kết quả bất thường này thường báo hiệu nhiều nguy cơ cho cá mẹ và thai. Nghiên cứu của Nguyễn Đức Thuận đã chỉ ra rằng những thai phụ TSG có acid uric huyết thanh $> 340 \mu\text{mol/l}$ có nguy cơ gây tình trạng sơ sinh $< 2500\text{g}$ cao gấp 3,64 lần, sơ sinh non tháng gấp 4,20 lần, sơ sinh chết ngay sau đẻ lớn gấp 7,23 lần, thai chết lưu trong buồng tử cung gấp 2,01 lần [7]. Chính vì vậy khi xuất hiện các dấu hiệu bất thường cần được theo dõi sát và điều trị tích cực.

Trong nghiên cứu, bệnh nhân có protein máu giảm $< 60\text{g/l}$, albumin $< 25\text{g/l}$. Khi thai phụ có dấu hiệu tiền sản giật, nếu hồng cầu tăng, hematocrit tăng là dấu hiệu co đặc máu của người bệnh. Khi máu bị cô đặc, thai phụ sẽ gặp tình trạng thiếu máu, dẫn đến quá trình tổn thương các cơ quan xảy ra nhanh và trầm trọng.

Đánh giá về các phương pháp đình chỉ thai nghén

Phương pháp đình chỉ thai: Kết quả bảng 4 chỉ ra rằng với phương pháp mổ lấy thai tỷ lệ con sống tăng khi tuổi thai tăng lên, biến chứng chảy máu cao nhất khi tuổi thai từ 33-36 tuần sau đó là nhóm từ 28-32 tuần. Đối với phương pháp khởi phát chuyển dạ tỷ lệ con sống cũng tăng khi tuổi thai tăng lên, biến chứng chảy máu cao nhất khi tuổi thai từ 33-36 tuần sau đó là nhóm từ ≥ 37 tuần.

Trong nghiên cứu này, phương pháp đình chỉ thai chủ yếu là mổ đẻ với tỷ lệ 95,4%. Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với Bệnh viện Phụ sản trung ương (năm 2010), Bệnh viện Trung ương Huế (năm 2002, 2008) ($p > 0,05$). Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của tác giả Trương Thị Hà Khuyên 83,3% (2014) [3]. Điều này cho thấy mổ lấy thai là phương pháp mà các thầy thuốc đang chỉ định rộng rãi trong điều trị tiền sản giật cho bệnh nhân. 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.

Chỉ số Apgar: Nghiên cứu của chúng tôi có 27 trẻ tử vong chiếm 8,5%. Với mổ đẻ, 186/295 trường hợp sơ sinh có Apgar 1 phút < 7 điểm (63,1%). Với đẻ thường, 11/21 trường hợp sơ sinh có Apgar 1 phút < 7 điểm (52,4%).

5. KẾT LUẬN

Tiền sản giật nhẹ và tiền sản giật nặng chủ yếu rơi vào nhóm đẻ non muộn có tuổi thai từ 33-36 tuần, thường xảy ra mẹ trong độ tuổi từ 20-34 tuổi. Đa số bệnh nhân vào viện trong tình trạng huyết áp cao độ 2 và độ 3 kèm theo các triệu chứng như đau đầu hoặc đau đầu kèm rối loạn thị giác, đau đầu kèm các triệu chứng khác. Nhiều bệnh nhân vào viện có phù, đa số là phù 2 chi dưới. Phần lớn bệnh nhân có protein niệu dương tính. Ngoài ra các xét nghiệm khác cũng bất thường như ure huyết thanh $> 6,6\text{mmol/l}$; creatinin huyết thanh $> 106 \mu\text{mol/l}$; acid uric $> 400 \mu\text{mol/l}$; GOT/GPT $> 70\text{IU/l}$. Phương pháp đình chỉ thai chủ yếu là mổ đẻ. Biến chứng mẹ cao kèm theo sơ sinh có Apgar 1 phút < 7 điểm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] 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
- [2] Hà Thị Tiểu Di, Nghiên cứu bệnh lý tiền sản giật nặng - sản giật và kết quả điều trị tại Bệnh viện

- Phụ sản - Nhi Đà Nẵng. Tạp chí Phụ sản (1) 12, 83–87, 2014.
- [3] Trương Thị Hà Khuyên, Nghiên cứu hoạt độ LDH huyết thanh trong bệnh lý tiền sản giả tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Sản phụ khoa, Đại học Y Hà Nội, 2015.
- [4] Nguyễn Công Nghĩa, Tình hình đình chỉ thai nghén trên các sản phụ nhiễm độc thai nghén tuổi thai trên 20 tuần tại Viện bảo vệ bà mẹ trẻ sơ sinh trong 3 năm 1998-2000. Luận án thạc sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội, 2001.
- [5] Đặng Thị Minh Nguyệt, Nguyễn Thị Anh, Nhận xét kết quả mổ lấy thai ở các sản phụ tiền sản giật nặng tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. Tạp chí Phụ sản (1) 11, 19–22 (2013).
- [6] Lê Thiện Thái, Nghiên cứu ảnh hưởng của bệnh lý tiền sản giật lên thai phụ và thai nhi và đánh giá hiệu quả của phác đồ điều trị 2010. Luận án Tiến sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội, 2010.
- [7] Nguyễn Đức Thuận, Mối liên quan giữa tăng acid uric huyết thanh với tình hình xử trí tiền sản giật tại bệnh viện phụ sản trung ương, Luận văn thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội, 2006.
- [8] Nguyễn Việt Tiến, Nguyễn Thanh Hà, “Kết Quả xử Trí tiền sản giật tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương Trong năm 2015”. Tạp chí Phụ sản 15 (2), 24 – 29, 2017.
- [9] Armaly Z, Zaher M, Knaneh S & Abassi Z [Preeclampsia: Pathogenesis And Mechanisms Based Therapeutic Approaches]. Harefuah 158, 742–747 (2019).
- [10] A F. & E J. [Preeclampsia - a disease of pregnant women]. Postepy biochemii 64, (2018).
- [11] Gatford KL, Andraweera PH, Roberts CT et al., Animal Models of Preeclampsia: Causes, Consequences, and Interventions. Hypertension 75, 1363–1381 (2020).
- [12] Witcher PM, Preeclampsia: Acute Complications and Management Priorities. AACN Adv Crit Care 29, 316–326 (2018).
- [13] Zhang N, Tan J, Yang H et al., Comparative risks and predictors of preeclamptic pregnancy in the Eastern, Western and developing world. Biochem Pharmacol 182, 114247 (2020).

