

# NHẬN XÉT KẾT QUẢ XỬ TRÍ SẢN KHOA TIỀN SẢN GIẬT TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Thị Thu Phương<sup>1,✉</sup>, Nguyễn Tăng Diệu Tú<sup>1</sup>

Nguyễn Thị Thùy Linh<sup>2</sup>, Nguyễn Quang Hiếu<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Bạch Mai

Nhằm mô tả đặc điểm và nhận xét xử trí sản khoa tiền sản giật tại bệnh viện Bạch Mai trong năm 2023, chúng tôi tiến hành nghiên cứu mô tả hồi cứu 113 thai phụ được chẩn đoán tiền sản giật được xử trí sản khoa tại khoa Bệnh viện Bạch Mai. Kết quả: 2,6% thai phụ được chẩn đoán tiền sản giật, 65% tiền sản giật nặng. 79% thai phụ khởi phát tiền sản giật ở tuổi thai sớm trước 34 tuần tiến triển nặng. Hướng xử trí bao gồm chống co giật bằng Magie sulfat, sử dụng thuốc hạ áp và mổ lấy thai (100% trường hợp). Các biến chứng nặng như HELLP, sản giật vẫn xảy ra với tỷ lệ 5,3% và 3,5%; một trường hợp thai lưu, 66,6% đẻ non và 67,5% sơ sinh nhẹ cân. Kết luận: Tỷ lệ tiền sản giật tương đối thấp nhưng tiềm ẩn nguy cơ biến chứng nặng nề và khó kiểm soát. tiền sản giật xuất hiện sớm nguy cơ tiến triển nặng cao. Thời điểm mổ lấy thai chủ động căn cứ vào mức độ và thời điểm khởi phát tiền sản giật.

**Từ khóa:** Tiền sản giật, xử trí sản khoa.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiền sản giật (TSG) xuất hiện trong thai kỳ với tần suất 2,8 - 5,5%. Những nghiên cứu trong 20 năm gần đây cho thấy TSG tăng khoảng 25%, đặc biệt với TSG khởi phát sớm.<sup>1</sup> TSG gây nhiều biến chứng nghiêm trọng cho thai phụ và thai nhi như thai chậm phát triển, rau bong non, sản giật, hội chứng HELLP, thậm chí tử vong. Cơ chế bệnh sinh chưa rõ ràng, việc dự phòng, sàng lọc và điều trị TSG hiện gặp nhiều khó khăn.

Đặc trưng của TSG là bệnh lý do thai nghén với biểu hiện tăng huyết áp (THA), thường xảy ra sau tuần thai 20 trở đi. Những yếu tố nguy cơ được đề cập gồm: tiếp xúc lần đầu với gai rau, tiếp xúc nhiều gai rau (đa thai, thai trứng), có thai cách lần mang thai trước trên 10 năm,

TSG ở lần mang thai trước, béo phì, mẹ lớn tuổi, bệnh nền có viêm hoặc hoạt hóa tế bào mô, THA, đái tháo đường (ĐTĐ), tự miễn, thai kỳ có hỗ trợ sinh sản...<sup>1,2</sup>

Hàng năm, Bệnh viện Bạch Mai khám, theo dõi và điều trị nhiều trường hợp TSG với lâm sàng phức tạp, nhiều ca có biến chứng nặng nề. Mặc dù đã áp dụng nhiều tiến bộ trong quản lý TSG, nhưng đây vẫn là gánh nặng trong công tác chăm sóc và điều trị bệnh lý thai kỳ của chúng tôi. Do đó, chúng tôi tiến hành đề tài với mục tiêu: mô tả đặc điểm lâm sàng - cận lâm sàng thai phụ TSG và nhận xét kết quả xử trí TSG tại Bệnh viện Bạch Mai trong năm 2023.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

### 1. Đối tượng

Thai phụ được chẩn đoán TSG theo tiêu chuẩn Bộ Y tế tại "Hướng dẫn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sinh sức khỏe sinh sản"- 2016 và điều trị, kết thúc thai nghén tại bệnh viện Bạch Mai từ 01/01/2023 đến 31/12/ 2023.<sup>1</sup>

Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Thu Phương

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: phuongbau711@gmail.com

Ngày nhận: 26/07/2024

Ngày được chấp nhận: 20/08/2024

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Mang thai  $\geq 22$  tuần (tuổi thai tính đến tại thời điểm xử trí TSG); hồ sơ bệnh án đầy đủ các thông tin cần thu thập.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Sản phụ xử trí sản khoa ở bệnh viện khác.

**Các tiêu chuẩn đánh giá** (theo “Hướng dẫn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sinh sức khỏe sinh sản”- 2016):

**\*Chẩn đoán TSG :**

+ Huyết áp tâm thu (HATT)  $\geq 140$ mmHg hoặc huyết áp tâm trương (HATT)  $\geq 90$ mmHg.

+ Và protein niệu  $\geq 0,3$  g/l (mẫu nước tiểu 24 giờ) hoặc  $\geq 0,5$  g/l (mẫu ngẫu nhiên). Nếu không có protein niệu thì căn cứ một trong các triệu chứng mới xuất hiện sau : Tiều cầu giảm ( $< 100$  G/l); creatinin huyết tương  $>1,1$  mg/dl; enzym gan tăng  $\geq 2$  lần so với bình thường; phù phổi cấp; triệu chứng của não và thị giác (đau đầu, nhìn mờ).

**\*Phân loại TSG**

- TSG nhẹ: HATT từ 90 - 110mmHg; protein niệu có thể tới (++)

- TSG nặng: có THA và một trong các dấu hiệu: HATT  $\geq 110$ mmHg hoặc HATT  $\geq 160$ mmHg; protein niệu (+++) hoặc hơn; đau đầu; nhìn mờ; hoa mắt; đau thượng vị; thiếu niệu ( $< 400$  ml/24 giờ); tăng phản xạ; phù phổi.

**Phác đồ điều trị TSG:**

\* Nội khoa:

- Kháng sinh (B-lactam) khi có chỉ định.

- Điều trị tăng huyết áp (khi HATT  $\geq 150$ mmHg, HATT  $\geq 100$ mmHg): lựa chọn Alphametyl Dopa (1 - 2 g/ngày), Labetalol (1 – 2 mg/phút đến tối đa 300mg), Nifedipin (10 - 20mg mỗi 2 - 6 giờ), Nicardipine (1 - 3 mg/giờ).

- Dự phòng và chống co giật: Magie Sulfate 15% (tần công: 4 - 6g tiêm tĩnh mạch chậm; duy trì 1 g/1 giờ pha truyền tĩnh mạch).

- Lợi niệu khi có dọa phù phổi / phù phổi cấp: Furosemide 20mg tiêm tĩnh mạch chậm.

\* Ngoại khoa (phẫu thuật lấy thai): Phụ

thuộc vào tuổi thai, mức độ TSG và biến chứng TSG. Đình chỉ thai nghén ở bất kỳ tuổi thai nào khi điều trị nội khoa sau 7 - 10 ngày mà bệnh không thuyên giảm; xuất hiện biến chứng với mẹ và/hoặc thai.

## 2. Phương pháp

**Thiết kế nghiên cứu:** mô tả hồi cứu.

**Cỡ mẫu nghiên cứu:** Lấy mẫu toàn bộ. Năm 2023 có 113 trường hợp đủ tiêu chuẩn được lấy vào nghiên cứu (trên tổng 4278 sản phụ xử trí sản khoa tại bệnh viện).

**Thu thập dữ liệu**

Thu thập hồi cứu tất cả cơ sở dữ liệu điện tử và bệnh án từ 1/1/2023 đến 31/12/2023 tại bệnh viện Bạch Mai. Hồ sơ bệnh án được thu thập các thông tin thai phụ tại thời điểm nhập viện bao gồm: hành chính (mã số, tuổi thai phụ, địa chỉ, PARA, tiền sử sản khoa, tiền sử bản thân, phương pháp mang thai, dự kiến sinh, tuổi thai thời điểm nhập viện, thuốc điều trị, thời gian điều trị nội khoa, tuổi thai chấm dứt thai kỳ, phương pháp chấm dứt thai kỳ, tình trạng sơ sinh, kết quả hồ sơ sơ sinh, biến chứng mẹ, biến chứng con.

**Xử lý số liệu và phân tích thống kê**

Sử dụng phần mềm SPSS 22.0. Dữ liệu được trình bày dưới dạng trung bình  $\pm$  độ lệch chuẩn. Tỷ lệ phần trăm được tính cho phân tích về tần suất.

## 3. Đạo đức nghiên cứu

Đây là nghiên cứu hồi cứu, không có bất cứ can thiệp phát sinh nào trên đối tượng nghiên cứu, đảm bảo thông tin người bệnh.

## III. KẾT QUẢ

### 1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung của thai phụ trong thống kê của chúng tôi cho thấy theo bảng 1. Độ tuổi trung bình chung là 30,6 tuổi; bệnh toàn thân đi kèm gồm tăng huyết áp (16%), bệnh lý thận (27%), đái tháo đường (9%), bệnh tự miễn

(35%); có 1 trường hợp song thai và 2 trường hợp là thai IVF. Trên 60% sinh sống ở nông thôn.

Tỷ lệ xuất hiện TSG trong nhóm thai phụ từ 35 tuổi trở lên mang thai lần đầu của chúng

tôi thấp hơn các nhóm còn lại. Nếu chỉ xét các sản phụ trên 40 tuổi, chỉ có 2 trường hợp mang thai con so. Nhìn chung, tỷ lệ gặp TSG ở nhóm con so và con rạ không có sự chênh lệch quá rõ rệt.

**Bảng 1. Đặc điểm chung**

Đặc điểm	n = 113		
	Tuổi trung bình: 30,6 tuổi, n (%)		
	< 35 tuổi n = 82 (72,6%)	≥ 35 tuổi n = 31 (27,4%)	Tỷ lệ chung (%)
Tuổi trung bình	27,6	38,5	-
<i>Nơi ở</i>			
Thành thị	27 (33%)	10 (32%)	33%
Nông thôn	54 (66%)	19 (61%)	65%
Miền núi	1 (1%)	2 (6%)	3%
<i>Tiền sử bệnh toàn thân</i>			
THA	10 (12%)	8 (26%)	16%
Thận	28 (34%)	2 (6%)	27%
ĐTĐ	4 (5%)	6 (19%)	9%
Tự miễn	35 (43%)	5 (16%)	35%
<i>Số lần mang thai</i>			
Con so	41 (50%)	7 (23%)	42%
Con rạ	41 (50%)	24 (77%)	58%
Tiền sử TSG (mang thai lần 2 trở lên)	12 (15%)	9 (29%)	32%
Thai IVF	1 (1%)	1 (3%)	2%
Đa thai	1 (1%)	0 (0%)	1%

## 2. Khởi phát TSG và các triệu chứng

Tuổi thai khởi phát chủ yếu là từ sau 34 tuần. 65% đối tượng TSG có dấu hiệu nặng, trong đó khởi phát sớm và khởi phát muộn với tỷ lệ lần lượt là 42% và 58%. Chủ yếu gặp THA

độ I (HATT từ 140 - 159mmHg và/hoặc HATT<sub>r</sub> 90 - 99%). Phù và protein niệu dương tính gặp hầu hết trong nhóm đối tượng nghiên cứu ở các mức độ khác nhau.

**Bảng 2. Đặc điểm khởi phát TSG của đối tượng nghiên cứu**

Triệu chứng	TSG không có dấu hiệu nặng (TSG nhẹ), n = 40 (35%)	TSG có dấu hiệu nặng* (TSG nặng), n = 73 (65%)
<i>Khởi phát</i>		
Sớm (< 34 % <sub>7</sub> tuần), (n = 39)	8 (20%)	31 (42%)
Muộn (≥ 34 % <sub>7</sub> tuần), (n = 74)	32 (80%)	42 (58%)
Phù	11 (28%)	65 (89%)
<i>THA</i>		
Độ 1	40 (100%)	47 (64%)
Độ 2	-	19 (26%)
Độ 3	-	7 (10%)
<i>Protein niệu</i>		
Âm tính	15 (22%)	4 (9%)
Dương tính	53 (78%)	41 (91%)

\* Các triệu chứng nặng của TSG (theo thứ tự xuất hiện giảm dần) gồm: Protein niệu 3+, tăng creatinin huyết thanh (> 97  $\mu\text{mol/L}$ ), giảm tiểu cầu (< 100 G/L), men gan tăng gấp đôi trị số bình thường, đau đầu, hoa mắt, nhìn mờ, đau thượng vị, đờ phù phổi cấp.

### 3. Điều trị nội khoa

Trước khi chấm dứt thai kỳ, có 40% thai phụ được sử dụng Magie sulfat; 49% dùng thuốc hạ áp (23% một loại và 29% kết hợp 2 loại hạ áp); TSG nặng có 1 trường hợp dùng lợi niệu và 4 trường hợp truyền Albumin.

Tỷ lệ không điều trị nội khoa mà kết thúc thai kỳ ngay chiếm 33%. Phần lớn được điều trị

nội từ 7 ngày trở xuống (54%). Thời điểm dừng điều trị nội khoa và kết thúc thai kỳ chủ yếu vào 33 - 37 tuần (65%). Trường hợp kết thúc thai kỳ 29 - 32 tuần chủ yếu là TSG nặng, trong đó 1 trường hợp thai lưu kết thúc thai kỳ từ tuần 24, 3 trường hợp kết thúc thai kỳ ở tuần 28 với thai có cân nặng ước lượng (EFW) < bách phân vị thứ 3, thai suy.

**Bảng 3. Các thuốc điều trị đã sử dụng trước khi chấm dứt thai kỳ**

Điều trị nội khoa	TSG nhẹ (n = 40)	TSG nặng (n = 73)	Tổng (n = 113)
Magie sulfat	6 (15%)	34 (47%)	40 (35%)
<i>Thuốc Hạ huyết áp</i>			
*1 loại			
Chỉ Nifedipine	0 (0%)	1 (1%)	1(1%)
Chỉ Dopegpyte	11 (28%)	14 (19%)	25 (22%)
* Kết hợp 2 thuốc hạ áp	2 (5%)	27 (37%)	29 (26%)
Lợi niệu	-	1 (2%)	1 (1%)
Albumin	-	4 (5%)	4 (3,5%)

**Bảng 4. Thời gian điều trị nội khoa trước kết thúc thai kỳ**

Thời gian điều trị nội khoa	TSG khởi phát sớm (n = 39)		TSG khởi phát muộn (n = 74)		Tổng (n = 113)
	TSG nhẹ (n = 8)	TSG nặng (n = 31)	TSG nhẹ (n = 32)	TSG nặng (n = 42)	
Không	2 (25%)	5 (16%)	17 (53%)	9 (21%)	33 (29%)
≤ 7 ngày	5 (62%)	16 (52%)	10 (31%)	30 (71%)	61 (54%)
> 7 ngày	1 (13%)	10 (32%)	5 (16%)	3 (7%)	19 (17%)
<i>Thời điểm dừng điều trị nội khoa</i>					
≤ 28 tuần	-	4 (12%)	-	-	4 (4%)
29 - 32 tuần	-	20 (65%)	-	-	20 (18%)
33 - 37 tuần	8 (100%)	7 (23%)	25 (78%)	25 (78%)	74 (65%)
≥ 38 tuần	-	-	7 (22%)	7 (22%)	15 (13%)

**4. Xử trí sản khoa**

Về cách thức chấm dứt thai kỳ, cũng như các khuyến cáo, mổ lấy thai chủ động được ưu tiên lựa chọn hàng đầu. Chỉ có duy nhất 1 trường hợp TSG nhẹ, khởi phát muộn không biến chứng theo dõi thai đến tuần 40, theo dõi

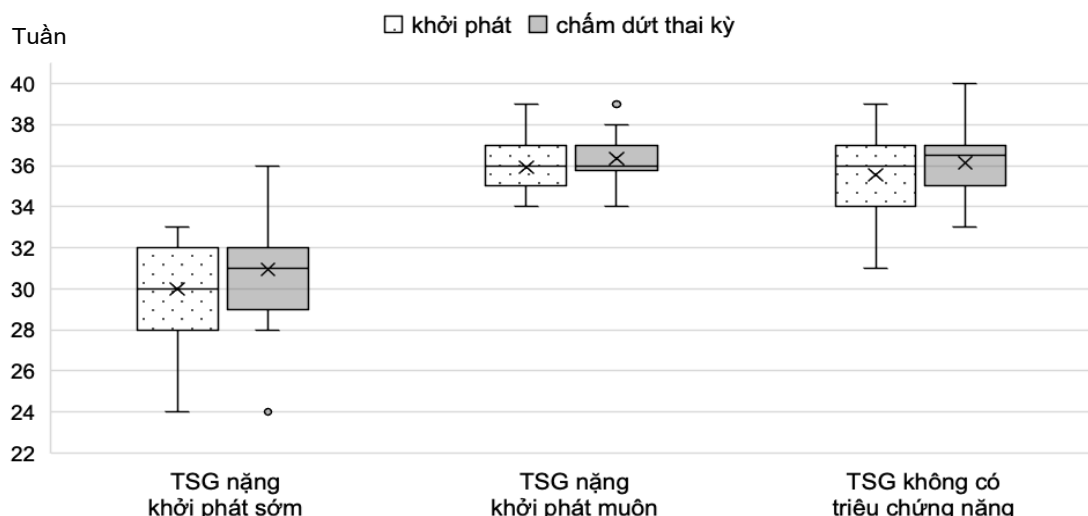
cổ tử cung không tiến triển, thai suy nên chỉ định mổ lấy thai. Tất cả các trường hợp còn lại đều mổ lấy thai chủ động. Một trường hợp thai lưu 24 tuần, có kèm suy tim EF 39% - xuất huyết đồi thị - theo dõi rối loạn động máu được chỉ định mổ lấy thai.

**Bảng 5. Các hình thức kết thúc thai kỳ**

Phương thức / kết cục	Đẻ thường/ Đẻ Forcep	Mổ lấy thai	Tỷ lệ (n = 113)
<i>Chuyển dạ tự nhiên</i>			
Dưới 37 tuần	-	-	-
≥ 37 tuần	-	1	0,9%
Gây chuyển dạ	-	-	0%
Mổ lấy thai chủ động	-	112	99,1%
Tổng	0%	100%	-

TSG không có triệu chứng nặng được chủ động chấm dứt thai kỳ trung bình ở tuần 36 đến trước 37 tuần. Trong khi đó, nhóm TSG nặng, thời điểm chấm dứt thai kỳ còn tùy thuộc thời

điểm khởi phát. Với nhóm khởi phát sớm chủ yếu chấm dứt thai kỳ từ 29 - 32 tuần, trung bình là 31 tuần. Với nhóm khởi phát muộn dao động từ 35 đến 37 tuần, trung bình 36 tuần.



**Biểu đồ 1. Thời điểm chấm dứt thai kỳ chủ động tương quan với thời điểm khởi phát TSG**

### 5. Biến chứng và xử trí biến chứng

Biến chứng với mẹ nhiều nhất hội chứng HELLP với 5,3%, kể đến là sản giật 3,5%, xảy ra trước chấm dứt thai kỳ. Sau sinh không ghi nhận trường hợp biến chứng nào. Không có trường hợp nào phải cắt tử cung, thất động mạch tử cung.

Tổng số có 114 trẻ sơ sinh/113 sản phụ (1 trường hợp song thai). 113 trẻ sinh sống và một trường hợp thai lưu 24 tuần, mẹ TSG nặng,

trước đó thai chậm tăng trưởng, EFW 500gram. Sinh non 66%, trong đó sinh cực non là 3,5%. Có 66 % trẻ có cân nặng lúc sinh dưới 2500 gram (gồm cả đủ tháng nhẹ cân là 11,4%). Có 5 trẻ tử vong trong thời gian hồi sức tích cực tại khoa Nhi, đều là nhẹ cân non tháng (2 trẻ cực non tháng dưới 28 tuần, cân nặng lần lượt là 500 và 700 gram; 3 trẻ tuần 31 - 33, cân nặng từ 1000 - 1200 gram).

**Bảng 6. Biến chứng**

Biến chứng mẹ	n (n = 113)	%	Biến chứng con	n (n = 114)	%
HELLP	6	5,3%	Đẻ non ≤ 28 tuần	76 4	66,6% 3,5%
Sản giật	4	3,5%	Nhẹ cân Nhẹ cân đủ tháng	77 13	67,5% 11,4%
Rau bong non	0	0%	Thai lưu	1	0,9%
Suy thận cấp	1	0,9%	Tử vong ngay sau đẻ	0	0%
Chảy máu/ Nhiễm trùng sau đẻ	0	0%	Tử vong trong thời gian hồi sức sơ sinh	5	4,4%

## IV. BÀN LUẬN

Trong 4.278 sản phụ kết thúc thai kỳ tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2023, có 113 trường

hợp TSG. Tỷ lệ TSG của chúng tôi là 2,6% thấp hơn so với các số liệu công bố theo loạt nghiên

cứu tại Huế từ 2,8 - 5,5%.<sup>1,3</sup>

Tuổi trung bình nhóm đối tượng là 30,6, nhóm dưới 35 tuổi có tuổi trung bình là 27,6 và từ trên 35 tuổi có tuổi trung bình là 38,5. Chưa thấy sự khác biệt rõ rệt về sự tăng tỷ lệ mắc TSG ở nhóm con so sản phụ lớn tuổi so với các nhóm còn lại. Về địa dư, TSG trên sản phụ sống ở nông thôn là 65%, cao hơn hẳn các nơi khác. Bệnh lý nền chiếm tỷ lệ cao nhất là bệnh tự miễn (lupus, kháng phospholipid), sau đó là bệnh tim mạch, đái tháo đường. Chưa rõ sự khác biệt về tỷ lệ nhóm mang thai lần đầu với lần thứ hai trở lên. Thống kê thời điểm khởi phát cho thấy chủ yếu ở tuần thai trên 34, sớm nhất là 24 và muộn nhất là 38 tuần.

Về biểu hiện triệu chứng THA chủ yếu là độ I và II, tuy vậy vẫn kèm các dấu hiệu nặng của TSG (bao gồm đau đầu, hoa mắt, nhìn mờ, đau thượng vị, protein niệu dipstick 3+, tăng men gan, giảm tiểu cầu, tăng creatinin, dọa phù phổi cấp).

Mức độ TSG nặng trong nghiên cứu là 65%. Theo ACOG 2020, TSG khởi phát sau tuần 34 có tiên lượng tốt hơn TSG khởi phát sớm, ít xuất hiện các triệu nặng.<sup>4</sup> Chúng tôi quan sát thấy có 31/34 (79%) trường hợp tiến triển TSG nặng trong số khởi phát sớm, cao hơn hẳn nhóm khởi phát muộn là 43/74 trường hợp (58%).

Về xử trí nội khoa, thuốc điều trị nội khoa chủ yếu là Magie Sulfat chiếm 40%, 22% sử dụng một loại hạ huyết áp (Dopegyt), 1% chỉ dùng Nifedipine ở một trường hợp TSG nặng. Nhóm TSG nặng chủ yếu kết hợp 2 loại hạ áp. Có 1 trường hợp dọa phù phổi cấp cần điều trị lợi niệu và bổ sung Albumin. Thời gian điều trị chủ yếu từ 7 ngày trở xuống (54%); thời gian trên 7 ngày chủ yếu với nhóm TSG nhẹ, tình trạng mẹ và thai ổn định.

Về xử trí sản khoa, 100% đối tượng nghiên cứu được mổ lấy thai, cao hơn so với nhiều

nghiên cứu khác tại Việt Nam như Nguyễn Thị Trang (Bệnh viện Bạch Mai, 2022) là 82,8%, Nguyễn Việt Tiến (Bệnh viện Phụ Sản Trung ương 2015) là 90,3%.<sup>5,6</sup> Tuy vậy, trong các nghiên cứu trên có tỷ lệ thai lưu cao hơn nên tỷ lệ đẻ thường cũng cao hơn. Không có ca nào cần cắt tử cung hoặc thắt động mạch tử cung/hạ vị. Mổ lấy thai chủ động được khuyến cáo như một biện pháp an toàn cho mẹ và thai, rút ngắn thời gian theo dõi điều trị, giảm nguy cơ xuất hiện sản giật và là chỉ định bắt buộc đối với TSG nặng.<sup>4</sup>

Thời điểm lựa chọn chấm dứt thai kỳ của chúng tôi căn cứ vào mức độ và thời điểm khởi phát TSG, trong đó với các trường hợp TSG không có triệu chứng nặng được chỉ định chấm dứt thai kỳ trung bình ở tuần 36 đến trước 37 tuần. Đối với các trường hợp nặng khởi phát muộn (chủ yếu xuất hiện từ tuần 35 đến 37) chúng tôi không kéo dài thai kỳ lâu hơn. Đối với nhóm khởi phát sớm trước 34 tuần, đặc biệt với nhóm từ 28 - 32 tuần, được mổ lấy thai chủ động sau khi hoàn thành liệu pháp corticoid. Có quan điểm cho rằng việc đình chỉ thai nghén chủ động giúp loại trừ nguy cơ tiến triển TSG - sản giật nặng cho mẹ và đồng thời đưa thai khỏi môi trường bị cản trở dinh dưỡng trong tử cung mẹ TSG (Sibai B.M, 1992).<sup>7</sup> Theo Hướng dẫn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản (ban hành kèm theo Quyết định số 4128/QĐ-BYT ngày 29/7/2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế), nếu chưa chuyển dạ, thai phụ ổn định ở tuổi thai 28 - 34 cho điều trị corticoid theo dõi 24 giờ rồi xem xét đình chỉ thai nghén, nếu trên 34 tuần đình chỉ thai nghén càng sớm càng tốt, nếu thai không có khả năng sống thì đình chỉ thai ngay khi tình trạng sản phụ cho phép.<sup>1</sup> Theo Nguyễn Việt Tiến (2015) và Phan Thị Thu Huyền (2007) các trường hợp gây chuyển dạ (như Misoprostol, Oxytocin hoặc bóng gây chuyển dạ) đòi hỏi theo dõi cực kỳ sát



sao và tăng thêm nguy cơ biến chứng, chủ yếu chỉ thực hiện ở tuổi thai cực non tháng, thai lưu, với tỷ lệ khoảng 3,5 - 3,8% trên các ca TSG.<sup>6,8</sup>

HELLP là biến chứng nghiêm trọng nhất kèm nguy cơ rau bong non, rối loạn đông cầm máu, đông máu rải rác lòng mạch. Chúng tôi ghi nhận 5,3% ca HELLP và 3,5% sản giật. Với trẻ sơ sinh, chủ yếu biến chứng do thiếu oxy bánh rau hạn chế nuôi dưỡng, thai chậm phát triển trong tử cung, sơ sinh nhẹ cân, sinh non. Trong 113 trẻ sinh sống, có 66,6% đẻ non và 67,5% sơ sinh nhẹ cân (nhẹ cân đủ tháng là 11,4%). Theo Nguyễn Thị Trang (2022), tỷ lệ đẻ non và nhẹ cân lần lượt là 70% và 67%, theo Robert Casanova L (2018) tỷ lệ này khoảng 40 - 50%, với cân nặng trung bình của nhóm 28 đến dưới 34 tuần là 1133 gram, từ 34 tuần trở lên là 2477 gram; nhóm dưới 28 tuần chủ yếu cân nặng dưới 1000gr tiên lượng dè dặt.<sup>5,9</sup> Ghi nhận tại khoa nhi, trong thời gian hồi sức tích cực sơ sinh có 5/113 trẻ sinh sống tử vong (không kèm dị tật bẩm sinh nặng). Theo thống kê, sinh cực non là nguyên nhân tử vong hàng đầu, cùng với một loạt nguy cơ như bệnh màng trong, xuất huyết phổi - não, viêm ruột hoại tử và nhiễm khuẩn huyết, do kém trưởng thành toàn diện về thể chất, cấu trúc và hệ miễn dịch.<sup>10</sup> Ngoài ra, với các trẻ sinh cực non, việc chăm sóc tích cực sơ sinh như hỗ trợ CPAP, thở máy xâm lấn, điều trị surfactant... khá khó khăn, tốn kém và cần thực hiện ở các cơ sở có đầy đủ phương tiện. Đây cũng là một trong những căn cứ quan trọng để cân nhắc thời điểm đình chỉ thai nghén, trước tiên là ưu tiên cứu sống mẹ, kế đến là cân nhắc lợi ích nguy cơ đối với thai.

## V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ xuất hiện TSG là 2,6%. 65% có triệu chứng nặng (THA độ 1 - 2 kèm đau đầu, hoa mắt, nhìn mờ, đau thượng vị, protein niệu 3+, tăng men gan, giảm tiểu cầu, tăng creatinin niệu, dọa phù phổi cấp); 5,3% có HELLP hoặc

sản giật; trên 66% sinh non/nhẹ cân, một trường hợp thai lưu. Xử trí sản khoa hàng đầu là mổ lấy thai, thời điểm tùy thuộc tuổi thai khởi phát và mức độ TSG. Cân nhắc chấm dứt thai kỳ ngay với TSG nặng trước 34 tuần. Với TSG muộn, theo dõi và mổ lấy thai từ tuần 35 đến trước 37. Một yếu tố quan trọng cần xem xét trong xử trí là khả năng chăm sóc hồi sức sơ sinh của đơn vị.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. Hướng Dẫn Quốc Gia về Các Dịch vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Sinh Sản. 2016
2. 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.
3. 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.
4. Gestational Hypertension and Preeclampsia: ACOG Practice Bulletin, Number 222. *Obstetric Gynecol*. 2020;135(6):e237-e260. doi:10.1097/AOG. 000000000000389
5. Nguyễn Thị Trang. Nghiên cứu xử trí tiền sản giật tại khoa sản bệnh viện Bạch Mai. Luận văn thạc sĩ y học Trường Đại học Y Hà Nội. 2022
6. Nguyễn Viêt 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*. 2017;15(2):24-29. doi:10.46755/vjog.2017.2.322
7. Sibai B M. Management and counseling of patients with preeclampsia remote from term. *Clin Obstet Gynecol*. 1992;35(2):426-435.
8. Phan Thị Thu Huyền. Nghiên cứu những chỉ định đình chỉ thai nghén ở những thai phụ



tiền sản giật tại Bệnh viện Trung ương trong hai năm 1997 và 2007. Luận văn thạc sĩ y học trường Đại học Y Hà Nội. 2008.

9. Robert Casanova L. *Beckmann and Ling's Obstetrics and Gynecology*. 2018;8.

10. Trần Thị Hoàng, Phạm Thị Như Thủy. Nghiên cứu một số yếu tố liên quan đến tử vong ở trẻ sơ sinh cực non tại bệnh viện Phụ sản-Nhi Đà Nẵng. *Tạp chí Y Dược học trường Đại học Y Dược Huế*. 2023;13(2):43-49.

## Summary

### THE MANAGEMENT REVIEW OF PRE-ECLAMPSIA AT BACH MAI HOSPITAL IN 2023

To describe the characteristics and management of obstetric cases of pre-eclampsia at Bach Mai Hospital in 2023, we conducted a cross-sectional retrospective study involving 113 pregnant women who were diagnosed with pre-eclampsia and had completed obstetric treatment at Bach Mai Hospital. Results: The rate of pre-eclampsia was 2.6%, with high-risk pre-eclampsia at 65%. 79% of women with early-onset pre-eclampsia were detected as having the severe type. Management: anticonvulsants (magnesium sulfate) were used, and the rate of cesarean section was 100%. The complication rate was 5.3% with HELLP syndrome, 3.5% with eclampsia, 1 case of obstructed labor, and 66.6% with preterm birth, while 67.5% had low birth weight infant. Conclusion: Although the percentage of pre-eclampsia is quite low among pregnant women, there are always risks of developing potentially unpredictable complications. Women with early-onset pre-eclampsia may develop the severe type. Consider termination of pregnancy via cesarean section based on the timing of onset and the severity of pre-eclampsia condition.

**Keywords: Pre-eclampsia, obstetric treatment, obstetric management.**