

**NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG
VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TIỀN SẢN GIẬT TẠI KHOA SẢN BỆNH VIỆN
ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ NĂM 2019**

Phạm Thị Kim Thoa^{1*}, Lâm Đức Tâm², Đoàn Thanh Điền²

1. Trung tâm Y tế huyện Thới Bình, tỉnh Cà Mau

2. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: kimthoatb74@gmail.com

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tiền sản giật là một tình trạng bệnh lý toàn thân rất phức tạp tiềm ẩn rất nhiều nguy cơ rủi ro cho sức khỏe của thai phụ và thai nhi xảy ra trong giai đoạn mang thai. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị tiền sản giật tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ năm 2019. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Cắt ngang mô tả. Cỡ mẫu là 109 trường hợp tiền sản giật được nhập viện tại Khoa Phụ sản, Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ năm 2019. **Kết quả:** Có 46,79% TSG có trị số huyết áp $\geq 160/110$ mmHg và 53,71% TSG có trị số huyết áp $< 160/110$ mmHg. Triệu chứng nặng là nhức đầu, đau thượng vị, và/hoặc phối hợp với mờ mắt. Có 48,57% trường hợp có biến chứng cho mẹ và thai nhi. Tuổi thai trung bình là $36,89 \pm 2,86$ tuần, trong đó, 42,20% ở tuổi thai 37- <39 tuần. Protein niệu là $1095,24 \pm 913,98$ mg/dl. Có 24,77% trường hợp có protein niệu từ 1 – 2 gram, 44,04% trường hợp có protein niệu là 0,5 gram đến 1 gram trong 24 giờ. Tiểu cầu là $196.367/\text{mm}^3 \pm 79.000/\text{mm}^3$. Tiểu cầu $< 100.000/\text{mm}^3$ là 16,51%. Kết quả điều trị: Tỷ lệ mổ lấy thai là 94,5%, Chỉ định chấm dứt thai kỳ bằng mổ lấy thai là tiền sản giật nặng và/hoặc biến chứng chiếm tỷ lệ cao 58,25%, trọng

lượng trẻ là $2795,872 \pm 764,66$ gram có 11,97% trẻ ≤ 2000 gram và 13,76% trẻ từ 2000 đến 2500 gram. **Kết luận:** Biến chứng của tiền sản giật đang có xu hướng tăng; điều trị chủ yếu là mổ lấy thai.

Từ khóa: tiền sản giật, mổ lấy thai.

ABSTRACT

RESEARCH ON CLINICAL CHARACTERISTICS, LABORATORY AND TREATMENT OUTCOME OF PREECLAMPSIA IN DEPARTMENT OF OBSTETRICS AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL IN 2019

Pham Thi Kim Thoa^{1*}, Lam Duc Tam², Doan Thanh Dien²

1. Medical Center Thoi Binh district, Ca Mau province

2. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Pre-eclampsia is a complex disease caused by pregnancy, the disease can cause complications for both mother and fetus. **Objectives:** This study aims to describe clinical and subclinical features and treatment of preeclampsia at Can Tho Central General Hospital. **Materials and Methods:** A cross-sectional study was conducted on 109 preeclampsia treated at Can Tho Central General Hospital in 2019. **Results:** There was 46.79% blood pressure $\geq 160/110$ mmHg and 44.04% blood pressure 150/100 mmHg. Severe symptoms include headache, epigastric pain, headache, and other factors such as blurred vision or epigastric pain. There was 48.57% of cases with complications for the mother and the fetus. The average gestational age was 36.89 ± 2.86 weeks; 42,2% at 37- <39 weeks gestation. Proteinuria was 1095.24 ± 913.98 mg/dl. There was 24.77% of cases with proteinuria from 1 gram to 2 grams, there was 44.04% of cases with proteinuria from 0.5 gram to 1 gram in 24 hours. Platelets were $196.367/\text{mm}^3 \pm 79.000/\text{mm}^3$. Platelets $<100,000/\text{mm}^3$ were 16.51%. Treatment results: Cesarean section rate was 94.5%, with indications of pregnancy by cesarean section was preeclampsia and/or complications of pre-eclampsia; accounting for 58.25%, child weight was 2795.872 ± 764.66 grams; 11.97% of children ≤ 2000 grams and 13.76% of children from 2000 to 2500 grams. **Conclusion:** Complications of pre-eclampsia were on the rise; the main treatment is cesarean section.

Keywords: pre-eclampsia, cesarean section.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiền sản giật là một tình trạng bệnh lý toàn thân rất phức tạp, tiềm ẩn rất nhiều nguy cơ rủi ro cho sức khỏe của thai phụ và thai nhi xảy ra trong giai đoạn mang thai [7], [8]. Bệnh thường xảy ra trong ba tháng cuối của thai kỳ. Ngoài ra, hậu quả của bệnh lý này là nguyên nhân làm tăng tỷ lệ bệnh và di chứng về thần kinh, vận động và trí tuệ cho trẻ về sau, là một trong năm nguyên nhân gây tử vong nhiều nhất cho thai nhi tại các nước đang phát triển [10], [11]. Tại Việt Nam, có nhiều nghiên cứu về tiền sản giật với những mục tiêu khác nhau nhưng cũng chưa tìm hiểu về nguyên nhân, đánh giá kết quả điều trị tiền sản giật. Theo y văn, tiền sản giật là bệnh lý nguy hiểm cần được quản lý, phát hiện và xử trí kịp thời tại các cơ sở y tế. Tuy nhiên, các nghiên cứu này phần lớn tập trung ở các bệnh viện chuyên khoa nên chưa phổ biến đến các đơn vị y tế trong công tác phát hiện sớm và điều trị kịp thời [1], [2], [3], [6]. Hiện nay, tại các cơ sở y tế vẫn còn nhiều trường hợp tiền sản giật có biến chứng như sản giật, hội chứng HELLP, băng huyết sau sanh... do đó, ngành y tế cần phổ biến sâu rộng bệnh lý này cho các cơ sở y tế. Tại Cần Thơ, tiền sản giật rất hay gặp, khi thai phụ nhập viện thường có những biến chứng nặng nề nên vấn đề điều trị tương đối khó khăn và phức tạp, gây nguy hiểm cho thai phụ và thai nhi nhưng việc nghiên cứu về tiền sản giật lại không được quan tâm nhiều, nghiên cứu có tính rời rạc, thái độ xử trí chưa có sự thống nhất, xuất phát từ đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng,

cận lâm sàng và kết quả điều trị tiền sản giật tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ năm 2019” nhằm hai mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của thai phụ bị tiền sản giật tại Bệnh viện.
2. Đánh giá kết quả điều trị tiền sản giật tại Bệnh viện.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các thai phụ có tuổi thai từ 28 tuần nhập viện tại Khoa Phụ Sản, Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ, thỏa tiêu chuẩn như sau:

Tiêu chuẩn chọn bệnh

Thai phụ có thai từ ≥ 28 tuần có tăng huyết áp (Huyết áp tâm thu ≥ 140 mmHg và/hoặc HATTr ≥ 90 mmHg) kèm theo protein niệu hoặc cả hai. Hoặc các trường hợp thai phụ có tăng huyết áp kèm theo các dấu hiệu nặng như nhức đầu vùng chẩm, đau thượng vị, hoa mắt, tiêu cầu giảm, vô niệu, thiếu niệu...có chỉ định chấm dứt thai kỳ trong đợt nhập viện này, đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Thai phụ bị rối loạn tâm thần, tăng huyết áp bản chất, đa thai, bệnh lý mẹ: như bệnh tim, bệnh gan, bệnh thận, đái tháo đường, basedow, hysteria, co giật hoặc hôn mê do các nguyên nhân khác.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu: Theo công thức ước lượng tỷ lệ:

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

Với n: cỡ mẫu, Z là hệ số tin cậy với mức $\alpha=0,05$ ($Z=1,96$); $p=0,88$, nên cỡ mẫu là 65 thai phụ tiền sản giật; thực tế nghiên cứu ghi nhận có 109 bệnh nhân thỏa các tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

Phương pháp chọn mẫu

Kỹ thuật chọn mẫu thuận tiện với chọn tất cả các thai phụ được chẩn đoán là tiền sản giật nhập viện sanh tại Khoa Phụ Sản, Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ thỏa điều kiện đến hết thời gian nghiên cứu.

Phương pháp thu thập số liệu

Dựa trên phiếu thu thập số liệu được thiết kế sẵn bao gồm các nội dung như nghề nghiệp, trình độ học vấn, nơi ở; tuổi mẹ, tuổi thai, số lần khám thai, tiền căn sản phụ khoa, kinh tế gia đình, đo huyết áp để đánh giá chỉ số huyết áp, phân loại tiền sản giật, các triệu chứng như phù, nhức đầu, hoa mắt,...các xét nghiệm như công thức máu (chú ý tiểu cầu), sinh hóa máu (ure, creatinin, men gan, LDH, acid uric..), chức năng đông máu, đạm niệu. Đánh giá kết quả điều trị qua các biến số như tình trạng sản phụ sau sinh, diễn tiến huyết áp, thời gian nằm viện và các biến chứng cho mẹ như sản giật, nhau bong non, hội chứng HELLP. Theo dõi và đánh giá tình trạng trẻ: qua chỉ số Apgar, cân nặng, tuổi thai, và các biến chứng như suy dinh dưỡng bào thai, suy thai, thai chết lưu.

Xử lý và phân tích số liệu: Bằng phần mềm epidata 3.0 và Stata 10.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng tiền sản giật

Bảng 1. Tiền sản giật theo trị số huyết áp

Trị số huyết áp/TSG	Số trường hợp (n=109)	Tỷ lệ (%)
< 160/110 mmHg	58	53,21
≥160/110 mmHg	51	46,79

Nhận xét: Có 46,79% trường hợp bị tiền sản giật với trị số huyết áp ≥160/110 mmHg và 53,21% tiền sản giật có trị số huyết áp <160/110mmHg.

Bảng 2. Tình hình huyết áp trung bình

Thời điểm \ HA(mmHg)	HATT trung bình	HATTr trung bình
Khi vào viện	154± 14	102,67± 11,11
Thời gian theo dõi	145,2± 14,2	98,1± 9
Lúc chấm dứt thai kỳ	140,2± 10,8	90,6± 7
p	0,000	0,000

Nhận xét: Sự khác biệt giữa giá trị trung bình của HATT và HATTr khi vào viện, thời gian theo dõi và lúc chấm dứt thai kỳ có ý nghĩa thống kê với p<0,001.

Bảng 3. Ghi nhận các dấu hiệu tiền sản giật nặng

Các dấu hiệu tiền sản giật nặng	Số trường hợp(n=16)	Tỷ lệ (%)
Nhức đầu	13	81,25
Đau thượng vị	1	6,25
Nhức đầu, mờ mắt	1	6,25
Nhức đầu, mờ mắt, đau thượng vị	1	6,25

Nhận xét: Trong 16 trường hợp nặng có 13 bệnh nhân nhức đầu, chiếm 81,26%.

Bảng 4. Tuổi thai gặp trong tiền sản giật (tính theo tuần)

Tuổi thai trước nhập viện	Số trường hợp (n=109)	Tỷ lệ (%)
<34	11	10,09
34- <37	21	19,27
37- <39	46	42,20
≥ 39	31	28,44

Nhận xét: Tuổi thai trung bình khi nhập viện là 36,89 ± 2,86 tuần; (nhỏ nhất là 28 tuần và cao nhất là 40 tuần), trong đó, 42,20% ở tuổi thai 37- <39 tuần; có 29,36% tuổi thai <34 - <37 tuần và 28,44% có tuổi thai từ ≥39 tuần.

Bảng 5. Hàm lượng Protein trong nước tiểu ở bệnh nhân TSG

Protein (mg/dl)	Số trường hợp(n=109)	Tỷ lệ (%)
≤ 300	3	2,75
300 - ≤ 500	10	9,17
500 - ≤ 1000	48	44,04
1000 - ≤ 2000	27	24,77
2000 - <3000	8	7,34
≥ 3000	13	11,93

Nhận xét: Lượng protein niệu trung bình là 1095,24 ± 913,98 mg, (thấp nhất là 100 mg, cao nhất là 4000mg). Có 24,77% trường hợp có protein niệu từ 1 gram đến 2 gram và 11,93% sản phụ có protein niệu ≥ 3gram. Và có 44,04% có protein niệu là 0,5 gram đến 1 gram trong 24 giờ.

Bảng 6. Số lượng tiểu cầu ở sản phụ bị tiền sản giật

Tiểu cầu/mm ³	Số trường hợp (n=109)	Tỷ lệ (%)
≤ 100.000	18	16,51
100.000- 150.000	5	4,59
150.000- 200.000	23	21,10
200.000- 250.000	40	36,7
≥ 250.000	23	21,10

Nhận xét: Tiểu cầu trung bình từ 196.367/mm³ ± 79.000/mm³. Tiểu cầu <100.000/mm³ là 16,51%. Tập trung số lượng tiểu cầu >100.000/mm³ chiếm tỷ lệ cao, lượng tiểu cầu từ 200.000 đến 250.000/mm³ chiếm tỷ lệ cao nhất là 36,7 %.

Bảng 7. Các biến chứng về mẹ do tiền sản giật

Biến chứng	Số trường hợp (n=19)	Tỷ lệ (%)
Sản giật	1	5,26
Băng huyết	2	10,53
Tiểu ít hoặc vô niệu	1	5,26
Hội chứng HELLP	14	73,68
Khác	1	5,26

Nhận xét: Trong 109 trường hợp bị TSG có 19 trường hợp có biến chứng mẹ, chiếm 17,43%. Trong số 19 trường hợp biến chứng, thường gặp nhất là hội chứng HELLP chiếm 73,68%, sản giật là 5,26%.

3.2. Đánh giá hiệu quả điều trị

Bảng 8. Phương pháp sanh

Phương pháp sanh	Số trường hợp (n=109)	Tỷ lệ (%)
Mổ lấy thai (chủ động+cấp cứu)	103	94,5
Đẻ thường	6	5,5

Nhận xét: Tỷ lệ mổ lấy thai trong nghiên cứu là 94,5%

Bảng 9. Các chỉ định phẫu thuật

Chỉ định phẫu thuật/tiền sản giật	Số trường hợp(n=103)	Tỷ lệ (%)
Chuyên dạ ngưng tiến triển	3	2,91
Tiền sản giật+ đau VMC	13	12,62
Hội chứng HELLP	10	9,71
Thai lưu/HC HELLP	2	1,94
Thai lưu/HC HELLP/RLĐM/suy đa cơ quan	1	0,97
Thai lưu/HC HLLP/Suy thận/TSG nặng	1	0,97
Thai lưu/TSG nặng	1	0,97
Tiền sản giật nặng	32	31,07
TSG nặng/ vết mổ cũ	7	6,80
TSG + Yếu tố bất thường	23	22,33
Sản giật	1	0,97
Tiền sản giật nặng/ thiếu ối	2	1,94
Tiền sản giật nặng/SDD bào thai	3	2,91
Tiền sản giật/ suy thai	4	3,89

Nhận xét: Chỉ định chấm dứt thai kỳ bằng mổ lấy thai là tiền sản giật nặng và/hoặc biến chứng chiếm tỷ lệ cao 58,25%, tiền sản giật và/hoặc kèm theo yếu tố bất thường như thiếu ối, suy thai, đau vết mổ cũ chiếm tỷ lệ 38,84%.

Bảng 10. Trọng lượng trẻ sơ sinh sau sanh

Trọng lượng trẻ sơ sinh	Số trường hợp (n=109)	Tỉ lệ (%)
≤ 1500 gram	7	6,42
1500 - <2000 gram	6	5,55
2000- 2500 gram	15	13,76
2500- 3000 gram	34	31,19
3000- <3500 gram	24	22,02
3500 - <4000 gram	19	17,43
≥ 4000 gram	4	3,67

Nhận xét: Trọng lượng trung bình là $2795,872 \pm 764,66$ gram; (thấp nhất là 700 gram và cao nhất là 4100 gram); trong đó, có 11,97% trẻ ≤ 2000 gram và 13,76% trẻ từ 2000 đến 2500 gram. Các trẻ có trọng lượng từ 2500 gram trở lên chiếm tỷ lệ khá cao (74,31%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng tiền sản giật

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... 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 tiền sản giật-sản giật. 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. Nghiên cứu của Lê Hoài Chương cho thấy khi huyết áp càng cao nguy cơ diễn tiến nặng càng nhiều [2]. Huyết áp trong TSG là yếu tố quan trọng trong quá trình theo dõi và đánh giá [4], kết quả có 46,79% trường hợp TSG có trị số huyết áp $\geq 160/110$ mmHg và 53,21% trường hợp TSG có trị số huyết áp $< 160/110$ mmHg, triệu chứng lâm sàng của TSG nặng có thể xuất hiện đồng thời trên cùng sản phụ, có thể có từ 1 đến 8 triệu chứng nặng nhưng thường gặp là thai phụ có 1, 2 hoặc 3 triệu chứng. Nghiên cứu chúng tôi có tỷ lệ xuất hiện các triệu chứng nặng có khác nhau ở từng nghiên cứu nhưng gặp nhiều nhất là nhức đầu (81,25%), thai chậm phát triển trong tử cung, đau thượng vị, giảm tiểu cầu. Các biến chứng cho mẹ thường gặp là thiếu niệu hoặc vô niệu hoặc sản giật, và chiếm tỷ lệ cao nhất là hội chứng HELLP (73,68%). Tham khảo nghiên cứu khác ghi nhận rối loạn tri giác, phù phổi cấp, suy thận cấp là không gặp ở nghiên cứu này. Triệu chứng nhìn mờ là 12,26% thai phụ. So với 46,2% trong nghiên cứu ở Cameroon [9], kết quả này thấp hơn. Bình thường trong nước tiểu sẽ không có đạm niệu [6]. Khi có đạm niệu kèm theo tăng huyết áp xuất hiện sau tuần lễ thứ 20 của thai kỳ, có thể chẩn đoán tiền sản giật. Trong TSG, đạm niệu xuất hiện muộn, một số trường hợp xuất hiện sau sanh hoặc sau khi xảy ra sản giật [4], nhưng khi có đạm niệu, chứng tỏ cầu thận bị tổn thương, đạm niệu càng nhiều tổn thương càng nặng [5]. Theo Gilles Guerier: Đạm niệu là dấu hiệu quan trọng ngay chỉ khi là vết [5], [10]. Theo Gomathy E., chỉ cần đạm niệu từ 1g/L trở lên đã có những tổn thương mạch máu thận cao gấp 3- 5 lần so với thai nghén bình thường [5], [12]. Chúng tôi nghĩ rằng thời điểm thử đạm niệu sau khi chấm dứt thai kỳ là quan trọng chúng tôi chọn

thời điểm 24 - 48 giờ sau sanh đánh giá và phù hợp với tình hình xuất viện của thai phụ. Dù thời điểm thử đạm niệu sau sanh không lâu sau khi chấm dứt thai kỳ, nhưng như chúng ta thấy, tình hình đạm niệu có sự thay đổi đáng kể.

Trong 109 thai phụ bị TSG, chúng tôi ghi nhận biến chứng trên thai phụ là 17,43%, nhưng hội chứng HELLP chiếm tỷ lệ cao nhất, do đó, khi sản phụ có tiền sản giật, nguy cơ xảy ra các biến chứng cần được theo dõi và đánh giá mức độ tiền sản giật để có những xử trí kịp thời. Biến chứng trên con là 27,52%. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Lê Hoài Chương [1]. Hội chứng HELLP là 73,68%, sản giật là 5,26%; 10,53% sản phụ bị băng huyết sau đẻ, không có các biến chứng khác, và thường xuyên xảy ra ở thai phụ TSG nặng (90,9%). Như vậy, bệnh lý tiền sản giật gây tác động xấu đến sức khỏe thai nhi trên 50% trường hợp và đặc biệt là khi bệnh ở thể nặng. Do đó, khi có tiền sản giật cần theo dõi tình trạng thai phụ, sức khỏe thai nhi để có chẩn đoán và xử trí kịp thời cho thai phụ và thai nhi nhằm giảm nguy cơ tử vong cho thai nhi. Đối với thai nhi, tuổi thai trung bình khi nhập viện là $36,89 \pm 2,86$ tuần; (nhỏ nhất là 28 tuần và cao nhất là 40 tuần), trong đó, 42,20% ở tuổi thai 37- <39 tuần; có 29,36% tuổi thai <34 - <37 tuần và 28,44% có tuổi thai từ ≥ 39 tuần. Như vậy, nhiều trường hợp trong nghiên cứu có tuổi thai trưởng thành nhưng vẫn còn nhiều trường hợp có tuổi thai dưới 37 tuần (chiếm 29,36%). Các trường hợp non tháng này có nhiều nguy cơ cho sự phát triển về thể chất và tinh thần sau này.

4.2. Đánh giá kết quả điều trị

Nghiên cứu đánh giá quá trình điều trị nội khoa bằng thuốc hạ huyết áp, an thần, chống co giật, lợi tiểu nhằm kéo dài tuổi thai và giảm các biến chứng cho mẹ và thai nhi khi có diễn tiến bất thường, chúng tôi ghi nhận quá trình chấm dứt thai kỳ bằng khởi phát chuyển dạ hay mổ lấy thai chủ động, mổ lấy thai cấp cứu. Kết quả cho thấy, tỷ lệ mổ lấy thai chiếm 94,5%, chỉ có 6 trường hợp sinh thường (chiếm 5,5%) trường hợp thai phụ bị tiền sản giật. Do đó, khi thai phụ bị tiền sản giật nguy cơ mổ lấy thai gia tăng lên rất nhiều, đồng thời góp phần làm gia tăng nguy cơ cao cho thai kỳ kế tiếp. Tiền sản giật là bệnh lý có nhiều nguy hiểm cho thai phụ và thai nhi, bệnh diễn tiến phức tạp, nhiều biến chứng nên đòi hỏi phải theo dõi cẩn thận.

Trọng lượng trung bình là $2795,872 \pm 764,66$ gram; (thấp nhất là 700 gram và cao nhất là 4100 gram); trong đó, có 11,97% trẻ ≤ 2000 gram và 13,76% trẻ từ 2000 đến 2500 gram. Các trẻ có trọng lượng từ 2500 gram trở lên chiếm một tỷ lệ khá cao (74,31%). Qua đó, kết quả này phù hợp với sự phát triển của thai về trọng lượng trẻ sơ sinh sau sanh; tuy nhiên, có nhiều trường hợp có cân nặng dưới 2500 gram, đây là tình trạng trẻ sơ sinh nhẹ cân, cần phải theo dõi cẩn thận trong quá trình chăm sóc trẻ về sự phát triển thể chất và tinh thần.

V. KẾT LUẬN

Đánh giá hiệu quả điều trị: Cách thức sanh: Tỷ lệ mổ lấy thai là 94,5%, với chỉ định chấm dứt thai kỳ bằng mổ lấy thai là tiền sản giật nặng và/hoặc biến chứng chiếm 58,25%, tiền sản giật và/hoặc kèm theo yếu tố bất thường như thiếu ối, suy thai, đau vết mổ cũ chiếm tỷ lệ 38,84%. Kết quả điều trị tốt cho mẹ và thai nhi. Trọng lượng trung bình là: $2795,872 \pm 764,66$ gram; trong đó, có 25,69% trẻ có trọng lượng <2500 gram. Các trẻ có trọng lượng ≥ 2500 gram trở lên chiếm tỷ lệ khá cao (74,31%). Biến chứng của tiền sản giật đang có xu hướng tăng; điều trị chủ yếu là mổ lấy thai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Hoài Chương (2013), Nhận xét về bệnh cảnh lâm sàng và xử trí sản khoa tiền sản giật nặng tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương năm 2012, *Tạp chí Y học Thực Hành* (867), Tập 407 (số 4), tr 115-118.
2. Lê Hoài Chương (2013), 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*. Tập 407 (số 1), tháng 6, tr 24-27.
3. Lê Thị Thu Hà (2014), Cập nhật chẩn đoán và xử trí rối loạn tăng huyết áp thai kỳ, *Tạp chí Phụ Sản*. Tập 12 (02- phụ bản), tr 63-67.
4. Lê Hoàng (2014), Mô tả đặc điểm của hội chứng HELLP tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương, *Tạp chí Phụ Sản*. Tập 12 (số 02), tr 93-95.
5. Lê Hoàng (2016), Nghiên cứu mối liên quan giữa một số triệu chứng lâm sàng chủ yếu với xét nghiệm chức năng thận của thai phụ tiền sản giật nặng, *Y dược Lâm sàng 108*. Tập 11 (Số 2), tr 163-168.
6. American College of Obstetricians and Gynecologists (2013), *Chapter 2: Establishing the dianosis of preeclampsia and eclampsia*, Hypertensive in Pregnancy, pp 17-20.
7. Annetee Nakimuli *et al* (2014), Pregnancy, parturition and preeclampsia in women of African ancestry, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, pp 510-520.
8. Chun Ye *et al* (2014), The 2011 survey on hypertensive disorders of pregnancy (HDP) in China: Prevalence, risk factors, complications, pregnancy and perinatal outcomes, *PLOS ONE*, 9(6):e100180.
9. Eugene Belley Priso *et al* (2015), Trend in admissions, clinical features and outcome of pre-eclampsia and eclampsia as seen from the intensive care unit of the Douala General Hospital, Cameroon, *Pan Affrican Medical Journal*, pp 1-6.
10. Gilles Guerrier *et al* (2013), Factors associated with severe preeclampsia and elampsia in Jahun, Nigeria, *International Journal of Women's Health*, 5, pp 509-513.
11. Gomathy E. *et al* (2018), Early onset and late onset preeclampsia-maternal and perinatal outcomes in a rural teritiary health center, *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol*, 7(6), pp 2266-2269.
12. Johanna Gunnarsdottir *et al* (2018), Prenatal exposure to preeclampsia is associated with accelerated height gain in early childhood, *PLOS ONE*, 13(2):e0192514.

(Ngày nhận bài: 05/08/2020 - Ngày duyệt đăng: 19/09/2020)
