

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ
KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BƯỚC ĐẦU HỘI CHỨNG HELLP Ở THAI PHỤ
TIỀN SẢN GIẬT TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG
CẦN THƠ NĂM 2020 - 2021

*Bành Dương Yến Nhi**, *Đàm Văn Cường*, *Ngũ Quốc Vĩ*, *Chung Cẩm Ngọc*
Trường Đại học Y Dược Cần Thơ
*Email: bdyynhi16071995@gmail.com

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hội chứng HELLP gồm tán huyết, tăng men gan và giảm số lượng tiểu cầu là một bệnh cảnh đe dọa tính mạng được xem như biến chứng của bệnh lý Tiền sản giật (TSG) nặng. Hiện nay có nhiều phương pháp để sàng lọc và chẩn đoán bệnh lý TSG, HELLP vẫn đang là vấn đề đáng quan tâm trong thực hành lâm sàng. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, và đánh giá bước đầu kết quả điều trị hội chứng HELLP ở thai phụ TSG. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Tiến cứu dọc, báo cáo hàng loạt ca lâm sàng trên 15 thai phụ thỏa điều kiện nghiên cứu. **Đối tượng nghiên cứu:** Thai phụ thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán hội chứng HELLP được chẩn đoán xác định mắc TSG tại khoa Sản – BV Đa khoa Trung Ương Cần Thơ từ 01/12/2020 – 01/12/2021. **Kết quả:** Trong 83 thai phụ TSG nhập viện, có 15 thai phụ có hội chứng HELLP, 60% là HELLP toàn phần, bán phần chiếm 40%, tỷ lệ mang thai con rạ là 73% với triệu chứng thường gặp nhất là đau bụng thượng vị, hạ sườn phải. Huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương trung bình là $149,68 \pm 27,63$ mmHg và $94,84 \pm 16,91$ mmHg. 80% trường hợp giảm tiểu cầu và 66,7% tăng men gan. Đạm niệu trung bình khi vào viện $2,48 \pm 3,20$ g/l. Men gan, LDH có xu hướng tăng khi vào viện và giảm xuống sau khi chấm dứt thai kỳ. Biến chứng thường gặp nhất ở mẹ là rối loạn đông máu chiếm 71,4%. Tỷ lệ thai chết lưu và chu sinh chiếm 25%, 60% trẻ sơ sinh có APGAR 5 phút trên 8 điểm. Thời gian nằm viện trung bình là $9,14 \pm 3,66$ ngày. Kết quả điều trị chung tốt 74,2%, phương pháp chấm dứt thai kỳ chủ yếu là mổ lấy thai. **Kết luận:** Hội chứng HELLP vẫn còn là biến chứng sản khoa nguy hiểm, hậu quả lên thai kỳ nặng nề cần được chẩn đoán và xử trí tích cực.

Từ khóa: Hội chứng HELLP, tiền sản giật, kết quả điều trị, sản phụ, chấm dứt thai kỳ.

ABSTRACT

STUDY ON THE CLINICAL, PARA-CLINICAL CHARACTERISTICS
AND SHORT-TERM TREATMENT RESULTS OF HELLP SYNDROME
IN WOMAN WITH PRE-ECLAMPSIA HOSPITALIZED AT CANTHO
GENERAL CENTRAL HOSPITAL DURING 2020 – 2021

*Banh Duong Yen Nhi**, *Dam Van Cuong*, *Nguyen Quoc Vi*, *Chung Cam Ngoc*
Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: HELLP syndrome is a life-threatening condition with hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets, has historically been classified as a complication of severe Preeclampsia. Although we have many advances for screening and diagnosing Preeclampsia, HELLP syndrome is still a matter of concern in clinical practice. **Objectives:** Describe clinical and para-clinical characteristics, classification, complications and short-term treatment results of women with HELLP syndrome. **Materials and method:** Case series report carried out in 15 pregnant women with preeclampsia and HELLP syndrome who have been diagnosed at Can Tho General Central Hospital from 01/12/2020 to 01/12/2021. **Results:** In 83 pregnant women with preeclampsia admitted to the hospital, there were 15 pregnant women with HELLP syndrome, 60%, 40% patients had HELLP syndrome complete and incomplete. Multiparous was 73%. The most

common severe symptom was epigastric pain. The average systolic blood pressure was 149.68 ± 27.63 mmHg, and 94.84 ± 16.91 mmHg diastolic. 80% pregnant women had a decrease of platelets, 66.7% had elevated liver enzymes. Average proteinuria from 2.48 ± 3.20 g/l, liver enzyme, serum LDH concentration had increasing to admitted to hospital and decreasing after pregnancy termination. The most common complication in mothers was blood clotting disorder, accounting for 71.4%. This study also showed rate of neonatal deaths and stillbirth with 25%, 60% of the newborn had APGAR 5 minutes above 8 points. The average hospitalization was 9.14 ± 3.66 days. The good treatment outcomes was 74.2%. The mainly therapy of pregnancy termination was cesarean section. **Conclusion:** HELLP syndrome is still a dangerous obstetric complication. Pregnant with HELLP syndrome should be terminated pregnancy when diagnosed.

Keywords: HELLP syndrome, preeclampsia, treatment results of HELLP syndrome, maternity, termination of pregnancy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng tán huyết, tăng men gan và giảm số lượng tiểu cầu (HELLP) là một bệnh cảnh đe dọa tính mạng được xem là một biến chứng của bệnh lý Tiền sản giật (TSG) nặng [9]. Hiện nay có nhiều phương pháp để sàng lọc và chẩn đoán bệnh lý TSG nhưng hậu quả và các biến chứng của bệnh lý này vẫn đang là vấn đề đáng quan tâm trong thực hành lâm sàng, đặc biệt là hội chứng HELLP. Mặc dù tỷ lệ mắc hội chứng này rất hiếm từ 0,5% đến 0,9% [8], tuy nhiên một khi biến chứng này xảy ra sẽ gây hậu quả nghiêm trọng với tỷ lệ tử vong của thai phụ từ 0 đến 24%, tử vong chu sinh lên đến 37% [7]. Nhằm tìm hiểu các vấn đề về bệnh cảnh này tại bệnh viện tuyến trung ương, chúng tôi thực hiện đề tài: “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bước đầu hội chứng HELLP tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ năm 2020-2021” với mục tiêu:

+ Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phân độ của hội chứng HELLP ở thai phụ mắc Tiền sản giật tại bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2020-2021.

+ Đánh giá kết quả điều trị bước đầu và biến chứng của hội chứng HELLP ở thai phụ mắc Tiền sản giật tại bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2020-2021.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn chọn bệnh:** Thai phụ thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán TSG theo American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) 2013 đồng thời thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán xác định Hội chứng HELLP theo phân độ Tennessee và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Các thai phụ có bệnh lý nền: Giảm tiểu cầu miễn dịch, gan nhiễm mỡ cấp trong thai kỳ, lupus ban đỏ, động kinh, rối loạn tâm thần.

- **Thời gian, địa điểm nghiên cứu:** Thời gian nghiên cứu từ ngày 1/12/2020 đến 01/12/2021. Địa điểm nghiên cứu: Khoa Phụ Sản Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Tiền cứu dọc, báo cáo loạt ca trên 15 thai phụ thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện tất cả các trường hợp thai phụ đủ điều kiện tham gia nghiên cứu.

- Nội dung nghiên cứu:

+ Hai tiêu chuẩn được sử dụng để chẩn đoán và phân loại hội chứng HELLP được sử dụng trong bài báo này là Tennessee và Mississippi. Tiêu chuẩn chẩn đoán HELLP theo Tennessee là: 1. Tan máu, tăng LDH (≥ 600 IU/L), 2. Tăng AST (≥ 70 IU/L), 3. Tiểu cầu thấp ($< 100 \times 10^9/L$). Phân loại Mississippi đo mức độ nghiêm trọng của hội chứng bằng cách sử dụng số lượng tiểu cầu quan sát được thấp nhất cùng với hai tiêu chí lâm sàng chính khác (LDH và AST) [9]. Hội chứng HELLP loại I được đặc trưng bởi số lượng tiểu cầu dưới 50.000/microL, loại II với số lượng tiểu cầu từ 50.000 đến 100.000/microL và loại III với số lượng tiểu cầu từ 100.000 đến 150.000/microL [6]. Tiêu chuẩn chẩn đoán TSG dựa theo tiêu chuẩn của ACOG 2013 [10].

+ Các biến số đánh giá điểm lâm sàng, cận lâm sàng và biến chứng: Dân tộc, trình độ học vấn, nghề nghiệp, kinh tế, tiền căn sản khoa, tuổi thai, huyết áp, phù, đau đầu, đau bụng thượng vị, hạ sườn phải, rối loạn tri giác, rối loạn thị giác, thiếu niệu, thai chậm tăng trưởng trong tử cung, protein niệu, tiểu cầu, sinh hoá máu, công thức máu và biến chứng trên mẹ và con.

+ Các biến số đánh giá kết quả điều trị: Phương pháp chấm dứt thai kỳ, chỉ số Apgar trẻ sau sinh, thời gian nằm viện, kết quả điều trị mẹ, kết quả điều trị con, đánh giá kết quả điều trị chung.

- **Phương pháp thu thập và xử lý số liệu:** Công cụ thu thập số liệu: Mẫu thu thập số liệu soạn sẵn, bệnh án; Phương pháp thu thập số liệu: Trực tiếp phỏng vấn, hỏi bệnh, thăm khám, ghi nhận các phương pháp điều trị từ hồ sơ bệnh án; Xử lý số liệu: Phân tích số liệu bằng chương trình SPSS 18.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, phân độ và biến chứng hội chứng HELLP

- Đặc điểm lâm sàng:

27% số ca TSG có biến chứng hội chứng HELLP là mang thai con so, đa phần là con rạ, nhóm tuổi thai có tỷ lệ phát hiện hội chứng HELLP cao nhất là 29-32 tuần với tỷ lệ 46,7%, dân tộc Kinh chiếm đa số, 78% sống ở nông thôn và lao động cơ bắp chiếm 80,5%.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân hội chứng HELLP

	Tần số	Tỷ lệ
Phù toàn thân	5	33,3
Đau đầu	12	80,0
Đau thượng vị, hạ sườn phải	14	93,3
Rối loạn tri giác	5	33,3
Phù phổi/ xanh tím	4	26,7
Rối loạn thị giác	13	86,6
Thiếu niệu	3	20,0

Nhận xét: Triệu chứng nặng thường gặp trong nhóm hội chứng HELLP đau thượng vị, hạ sườn phải chiếm tỷ lệ cao nhất với tỷ lệ 93,3%, rối loạn thị giác chiếm tỷ lệ 86,6% đau đầu chiếm tỷ lệ 80%, phù toàn thân, rối loạn tri giác chiếm 33,3%, phù phổi 26,7% và thiếu niệu chiếm 20%.

- Đặc điểm cận lâm sàng:

Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân

	Lúc vào viện	24 giờ	Ra viện
Hồng cầu ($10^2/L$)	4,34±0,65	3,77±0,65	3,68±0,64
Hb (g/dl)	12,09±1,68	10,26±2,75	10,77±1,78
Tiểu cầu ($10^9/L$)	196,05±84,87	134,79±102,36	176,86±106,35
Đạm niệu (g/L)	2,48±3,20	5,33±4,04	3,2±3,10
AST (U/L)	151,63±679,23	151,56±304,94	381,06±101,47
ALT (U/L)	64,35±182,30	121±186,18	203,44±468,37
LDH (U/L)	445,17±643,54	511,82±228,71	525,45±447,98

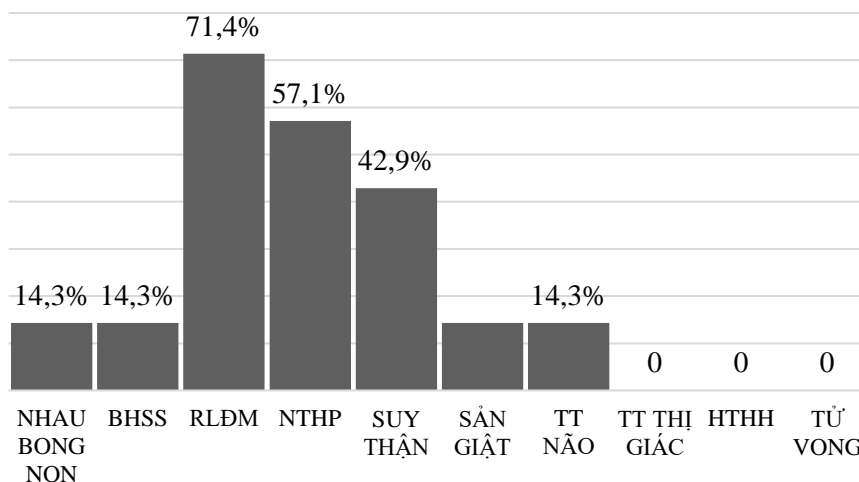
Nhận xét: Trong các trường hợp hội chứng HELLP được ghi nhận, có 80% trường hợp giảm tiểu cầu và 66,7% trường hợp có tăng men gan. Đạm niệu trung bình có xu hướng tăng lên sau 24 giờ vào viện từ 2,48±3,20g/l lên 5,33±4,04g/l và giảm xuống khi ra viện.

- Phân độ và biến chứng hội chứng HELLP:

Bảng 3. Mức độ giảm tiểu cầu của các bệnh nhân có hội chứng HELLP

Phân độ	Tần số	Tỷ lệ (%)
Độ 1	4	26,7
Độ 2	8	53,3
Độ 3	3	20,0
Tổng	15	100,0

Nhận xét: Những ca hội chứng HELLP có giảm tiểu cầu loại 2 theo Mississippi chiếm phần lớn với 53,3%, 26,7% số ca hội chứng HELLP có giảm tiểu cầu trầm trọng phân độ loại 1 với mức tiểu cầu $<50.000/mm^3$. Trong đó, 40% trường hợp là HELLP bán phần, 60% trường hợp là HELLP toàn phần.



Biểu đồ 1. Các biến chứng của thai phụ hội chứng HELLP

Nhận xét: Tình trạng mẹ sau sinh có biến chứng chiếm 46,7%, và 53,3% không biến chứng. Biến chứng được ghi nhận nhiều nhất là rối loạn đông máu với tỷ lệ 71,4%. Không có trường hợp nào tử vong mẹ hoặc cần hỗ trợ hô hấp.

3.2. Đánh giá bước đầu kết quả điều trị hội chứng HELLP

93,3% sản phụ bị hội chứng HELLP được chỉ định thuốc hạ áp, 40% trường hợp cần phải hạ áp bằng đường truyền, 53,3% trường hợp thai mắc hội chứng HELLP là non tháng và được chỉ định hỗ trợ phổi, 73,3% trường hợp có chỉ định truyền tiêu cầu và 33,3% trường hợp phải truyền huyết tương tươi đông lạnh do rối loạn đông máu. Hạ áp đường truyền và dự phòng co giật bằng Sulfate Magnesium chiếm tỷ lệ 40%.

Bảng 4. Phương pháp chấm dứt thai kỳ ở thai phụ hội chứng HELLP

Phương pháp chấm dứt thai kỳ	n	Tỷ lệ (%)
Mổ lấy thai	13	86,67
Sanh ngã âm đạo	2	13,33

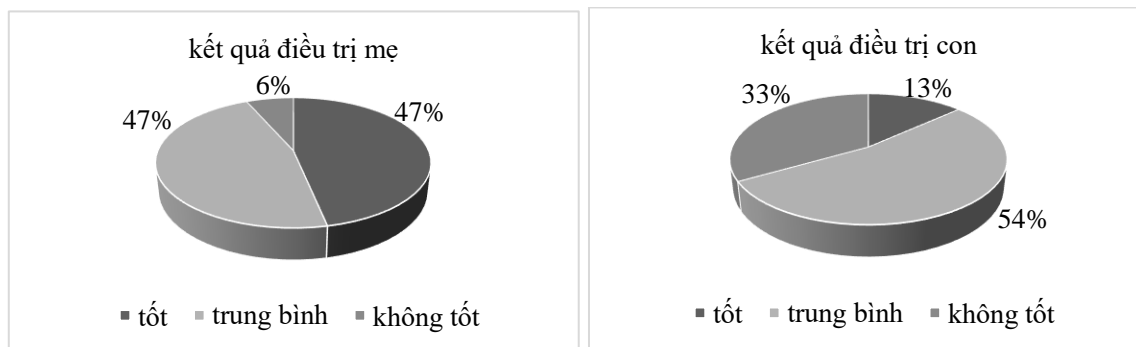
Nhận xét: Đa phần thai phụ hội chứng HELLP được chấm dứt thai kỳ bằng mổ lấy thai với tỷ lệ 86,67%.

Bảng 5. Số ngày nằm viện của thai phụ hội chứng HELLP (n=15)

Trung bình	9,14
Trung vị	8,0
Độ lệch chuẩn	3,659
Giá trị lớn nhất	5
Giá trị nhỏ nhất	18

Nhận xét: Thời gian điều trị của thai phụ từ 5 đến 18 ngày, trung bình điều trị là $9,14 \pm 3,659$ ngày, số ngày điều trị dài nhất là 18 ngày và ngắn nhất là 5 ngày.

Kết quả điều trị mẹ tốt được ghi nhận khi tình trạng mẹ xuất viện với huyết áp ổn, các xét nghiệm sinh hoá trong giới hạn bình thường và không xảy ra biến chứng nghiêm trọng trong quá trình nằm viện, tình trạng mẹ không tốt được ghi nhận khi tử vong, hoặc bệnh có diễn biến, biến chứng nặng cần chuyển tuyến trên. Các trường hợp còn lại được xếp vào kết quả điều trị trung bình. Kết quả điều trị con được đánh giá tốt khi chỉ số APGAR sau sinh ổn và trẻ sơ sinh không có các vấn đề cần can thiệp nhi khoa sau sinh. Trẻ sơ sinh chết lưu, hoặc tử vong chu sinh được phân loại là kết quả điều trị không tốt, các trường hợp còn lại có kết quả điều trị trung bình chiếm 53,3% như APGAR sau sinh ổn nhưng có các vấn đề bệnh lý của trẻ sơ sinh cần được chăm sóc sơ sinh đặc biệt.



Biểu đồ 2. Kết quả điều trị bước đầu hội chứng HELLP ở mẹ và thai

Nhận xét: 33% trẻ sơ sinh sau sinh có chỉ định nhập hồi sức sơ sinh chủ yếu liên quan đến các vấn đề của trẻ sơ sinh non tháng với tỷ lệ sinh non dưới 37 tuần là 73,3%, 25% trường hợp thai chết lưu.

Bảng 6. Kết quả chung của mẹ và con

	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tốt	11	74,2
Không tốt	4	25,8
Tổng	15	100,0

Nhận xét: Kết quả điều trị chung của mẹ và con tốt khi kết quả điều trị của mẹ và con ở mức độ từ trung bình đến tốt, với tỷ lệ 74,2%.

Bảng 7. APGAR trẻ sơ sinh sau 5 phút (n=15)

Điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
0	1	6,67
5-7	5	33,33
Từ 8	9	60
Tổng	15	100,0

Nhận xét: 60% APGAR sau 5 phút của trẻ sơ sinh đạt từ 8 điểm trở lên, có 1 trường hợp trẻ tử vong ngay sau sinh.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Về đặc điểm lâm sàng, thai phụ hội chứng HELLP theo nghiên cứu của chúng tôi phần lớn ở nông thôn, kinh tế gia đình thuộc hộ nghèo chiếm 32,1%, chủ yếu lao động cơ bắp và có học vấn dưới THCS. Triệu chứng nặng được ghi nhận nhiều nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là đau thượng vị, hạ sườn phải chiếm tỷ lệ 93,3% các trường hợp, triệu chứng phù được ghi nhận thấp hơn của các tác giả Đỗ Thị Hương Huyền và Lê Thiện Thái năm 2010 [2] do triệu chứng phù trong nghiên cứu của chúng tôi được ghi nhận như một triệu chứng nặng với đặc điểm phù toàn thân, và triệu chứng phù toàn thân có ý nghĩa hơn về mặt lâm sàng so với phù nhẹ thông thường. Theo tác giả Huỳnh Thị Thu Thủy (2011), có 73,3% trường hợp thai phụ mắc hội chứng HELLP có biến chứng rối loạn đông máu, chủ yếu là do giảm tiêu cầu nặng với số lượng dưới $60.000/mm^3$ [5], và tác giả Nguyễn Hữu Hồng và cs (2012) mức tiêu cầu trung bình khi vào viện là $113,6 \pm 13,7 \times 10^3/mm^3$ [1] phù hợp với kết quả nghiên cứu của chúng tôi với rối loạn đông máu là biến chứng thường gặp nhất và mức tiêu cầu trung bình thấp nhất ở thai phụ hội chứng HELLP là $134,79 \pm 102,36 \times 10^3/mm^3$.

4.2. Kết quả điều trị và biến chứng

Tỷ lệ thai phụ có biến chứng rối loạn đông máu khi mắc hội chứng HELLP được ghi nhận theo nghiên cứu của chúng tôi là 71,4%, cũng là biến chứng thường gặp nhất. Các rối loạn đông máu này là một trở ngại lớn cho can thiệp phẫu thuật, thủ thuật sản khoa [4]. Theo Ngô Văn Tài, tỷ lệ thai phụ suy thận cấp, suy gan trong 31 thai phụ chẩn đoán hội chứng HELLP tại Viện Bảo vệ Bà mẹ và Trẻ em 2002 là 100% [3], cao hơn nghiên cứu của chúng tôi với tỷ lệ suy gan, suy thận là 42,9%. Theo tác giả Trương Thị Anh Thi, tỷ lệ hội chứng HELLP độ I là 27,3%, độ II là 43,2% và độ III là 29,5%, không có khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nghiên cứu của chúng tôi với tỷ lệ HELLP độ I là 26,7%, độ II là 53,3% và độ III là 20% có thể do sự giống nhau về địa điểm nghiên cứu.

Theo nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ thai sau sinh nhập NICU chủ yếu liên quan đến thai non tháng do chỉ định chấm dứt thai kỳ từ phía mẹ, với tỷ lệ thai chết lưu chiếm 25% phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Trương Thị Anh Thi (2015), biến chứng thường gặp nhất theo chúng tôi ghi nhận ở thai là thai chết lưu và tử vong chu sinh. Trẻ chết chu sinh do những lý do khác nhau như quá non, xuất huyết phổi, bệnh màng trong và do tình trạng lâm sàng của mẹ quá nặng nề.

Tỷ lệ sản phụ có thời gian nằm viện trên 10 ngày chiếm 67,7%. Tỷ lệ thai phụ và trẻ sơ sinh có kết quả điều trị chung chưa tốt trong nghiên cứu của chúng tôi có thể do thai phụ nhập viện trễ, hoặc diễn tiến nặng trên đường chuyển từ tuyến dưới lên. Theo tác giả Trương Thị Anh Thi, kết quả điều trị chung tốt là 40,9%, trong đó chấm dứt thai kỳ bằng mổ lấy thai chiếm 95,5%, thời gian nằm viện trung bình dưới 10 ngày chiếm 59,1%, và 9,1% có thời gian nằm viện từ 20 ngày trở lên [4]. Còn theo nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ thai phụ có chỉ định chấm dứt thai kỳ có hội chứng HELLP qua con đường sanh ngã âm đạo chiếm tỷ lệ tương đối cao hơn với 13,3%, ở thai phụ hội chứng HELLP có tiến triển cổ tử cung thuận lợi và điều kiện huyết động của mẹ cho phép có thể chỉ định theo dõi sanh ngã âm đạo nếu xem xét không có các chỉ định mổ lấy thai cấp cứu tuyệt đối. Thời gian nằm viện trung bình là $9,14 \pm 3,66$ ngày. Tỷ lệ điều trị chung tốt 74,2% do về phía mẹ, thai phụ được chẩn đoán và xử trí nội khoa, sản khoa, gây mê hồi sức tích cực, cùng những tiến bộ trong săn sóc sơ sinh có nhiều bước tiến so với trước đây cũng góp phần cải thiện kết quả điều trị con qua đó cải thiện kết quả điều trị chung.

V. KẾT LUẬN

Qua 83 trường hợp thai phụ TSG đến nhập viện và theo dõi, có 15 trường hợp thai phụ có hội chứng HELLP ghi nhận được, chúng tôi thấy có 27% trường hợp thai phụ mắc hội chứng HELLP mang thai con so, triệu chứng nặng gặp nhiều nhất là đau hạ sườn phải và biến chứng gặp nhiều nhất là rối loạn đông máu. Các chỉ số AST, ALT, LDH, acid uric trong máu tăng cao khi vào viện và giảm sau chấm dứt thai kỳ. Chấm dứt thai kỳ chủ yếu là mổ lấy thai 86,7%. Kết quả điều trị mẹ không ghi nhận trường hợp nào tử vong, phần lớn trẻ sơ sinh có chỉ định nhập hồi sức sơ sinh chủ yếu liên quan đến thai non tháng do chỉ định chấm dứt thai kỳ từ phía mẹ, tỷ lệ thai chết lưu chiếm 25% các biến chứng ở con. Với điều trị mẹ tốt và trung bình chiếm tỷ lệ 93,4%, con tốt và trung bình chiếm 67% và kết quả điều trị chung tốt là 74,2%, tình trạng hội chứng HELLP ở thai phụ sau sinh có cải thiện. Điều trị TSG hội chứng HELLP theo nguyên tắc là ưu tiên cho mẹ có chiều cố đến con, điều trị tận gốc là chấm dứt thai kỳ, tuy nhiên cân nhắc việc điều trị nội khoa trì hoãn đối với thai non tháng khi tình trạng mẹ cho phép (HELLP độ III). Với tuổi thai nhỏ hơn 34 tuần cần dùng corticoide cho trưởng thành phổi thai. Cần có sự phối hợp điều trị chặt chẽ giữa các chuyên khoa sản, nhi, gây mê hồi sức, huyết học, hồi sức tích cực để tối ưu hoá kết quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hữu Hồng, Lê Minh Toàn, Trần Mạnh Linh và CS (2012), “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị hội chứng HELLP tại Bệnh viện Trung Ương Huế”, *Tạp chí Phụ sản*, tập 10 (3), tr.117-126.
2. Đỗ Thị Hương Huyền (2014), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị tiền sản giật tại khoa Sản Bệnh viện Đa khoa tỉnh Sóc Trăng, Luận án Bác sĩ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2014.

3. Ngô Văn Tài (2003), “Hội chứng HELLP trong bệnh lý nhiễm độc thai nghén”, *Tạp chí Nghiên cứu Y Học*, 25 (5), tr.61-67.
4. Trương Thị Anh Thi (2015),”Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng biến chứng và kết quả điều trị Hội chứng HELLP ở thai phụ tại khoa Sản – Bệnh viện đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2014 – 2015”.
5. Huỳnh Thị Thu Thủy và CS (2011), “Rối loạn đông máu: giảm tiểu cầu trên các sản phụ có hội chứng Hellp tại Bệnh viện Từ Dũ năm 2010”, *Nghiên cứu Y học – Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*, Tập 15, phụ bản số 4- 2011, tr.210-215.
6. Lambert G. *et al.* (2014), “Preeclampsia: an update”, *Acta Anaesthesiol Belg*, 65(4), 137-49 2, pp.32-38.
7. Rimaitis K, Grauslyte L, Zavackiene A, Baliuliene V, Nadisauskiene R, Macas A. “Diagnosis of HELLP Syndrome”, *Int J Environ Res Public Health*, 2019 Jan 03;16.
8. Dusse LM, Alpoim PN, Silva JT, Rios DR, Brandão AH, Cabral AC, “Revisiting HELLP syndrome”, *Clin Chim Acta*, 2015 Dec 07;451(Pt B):117-20.
9. Sultana R. *et al.* (2012), "Platelet Count In Preeclampsia", *J.Dhaka Natinonal Med. Coll Hos.*, 18(02), pp.24-26.
- 10.The American College of Obstetricians and Gynecologists (2013), “Hypertension in Pregnancy, American College of Obstetricians and Gynecologists”, Washington D.C: ACOG.

(Ngày nhận bài: 13/3/2022 – Ngày duyệt đăng: 30/9/2022)
