NGHIÊN CỨU KẾT QUẢ DỰ ĐOÁN, CHẨN ĐOÁN TIỀN SẢN GIẬT Ở SẢN PHỤ CÓ NGUY CƠ TIỀN SẢN GIẬT TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2019 – 2021

Lê Thị Ngọc Xuyên*, Lưu Thị Thanh Đào, Trần Khánh Nga, Võ Thị Ánh Trinh
Trường Đại học Y Dược Cần Thơ
**Email: ltnxuyen020493@gmail.com*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: *Tiền sản giật - sản giật là bệnh lý thường gặp trong thai kỳ chiếm tỉ lệ khoảng từ 2 – 10%. Đây là bệnh lý có nhiều biến chứng cả mẹ và thai, là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong mẹ, tử vong chu sinh trên toàn thế giới. Những ảnh hưởng của tiền sản giật - sản giật có thể được hạn chế thông qua dự báo và dự phòng bệnh nhằm làm giảm bệnh suất và tử suất cho cả mẹ và thai nhi.* ***Mục tiêu nghiên cứu:*** *Xác định tỉ lệ thai phụ có có nguy cơ cao gây tiền sản giật ở tuổi thai 11 - 13^{+6} tuần và đánh giá kết quả chẩn đoán, kết cục thai kỳ của sản phụ bị tiền sản giật tại Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ.* ***Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:*** *Tất cả thai phụ có tuổi thai từ 11 - 13^{+6} tuần có nguy cơ cao TSG, đồng ý khảo sát tầm soát TSG tại Bệnh viện Phụ sản Thành Phố Cần Thơ. Mô tả cắt ngang phân tích.* ***Kết quả:*** *Từ tháng 05/2019 đến tháng 4/2021, chúng tôi ghi nhận có 1087 sản phụ được tầm soát TSG trong quý I thai kỳ, trong đó có 567 trường hợp có nguy cơ cao TSG được tầm soát TSG tại Khoa Khám, Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ. Trong đó có 264 trường hợp có nguy cơ hình thành TSG <37 tuần (46,6%), 87 trường hợp có nguy cơ hình thành TSG <34 tuần (15,3%) và có 43 ca diễn tiến thành TSG (3,95%).* ***Kết luận:*** *Có thể tiếp cận sàng lọc TSG sớm cùng với thời điểm sàng lọc dị tật bẩm sinh ngay từ thời điểm 11 tuần đến 13^{+6} tuần bằng phối hợp yếu tố nguy cơ mẹ, HATB, PlGF và siêu âm Doppler động mạch tử cung chỉ số xung PI để có chiến lược can thiệp dự phòng sớm ngay cuối quý I thai kỳ và có chế độ quản lý thai kỳ hợp lý.*

Từ khóa: *Tiền sản giật, sàng lọc tiền sản giật.*

ABSTRACTS

A STUDY RESULTS GUESS, DIAGNOSE PREECLAMPSIA ON THE PREGNANT WOMEN HAVING HIGH RISK FACTORS AT CAN THO OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL IN 2019-2021

Le Thi Ngoc Xuyen*, Luu Thi Thanh Dao, Tran Khanh Nga, Vo Thi Anh Trinh
Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: *Pre-eclampsia - eclampsia is a common disease in pregnancy. This is a disease with many complications both mother and fetus, is one of the leading causes of maternal*

and perinatal mortality worldwide. The effects of pre-eclampsia - eclampsia can be limited through disease prediction and prevention in order to reduce morbidity and mortality for both mother and fetus. ***Objectives:*** *Determine the rate of pregnant women at high risk of pre-eclampsia at 11-13^{+6} weeks gestation and evaluate diagnostic results, pregnancy outcomes of pregnant women with pre-eclampsia at Can Tho Obstetrics and Gynecology hospital.* ***Materials and methods:*** *All pregnant women aged 11-13^{+6} weeks at high risk agree to a pre-eclampsia screening survey at Can Tho Obstetrics and Gynecology hospital. Describe cross section analysis.* ***Results:*** *From May 2019 to April 2021, we recorded that 1087 women were screened for preeclampsia in the first trimester of pregnancy, of which 567 high-risk cases of preeclampsia were screened for preeclampsia at the Department of Obstetrics and Gynecology. Of which, there are 264 cases with risk of preeclampsia <37 weeks (46.6%), 87 cases with risk of preeclampsia <34 weeks (15.3%) and 43 cases progressing to preeclampsia (3.95%).* ***Conclusion:*** *Effective prediction of early PE can be achieved at 11 – 13^{+6} weeks' gestation by combine maternal characteristics, MAP, PlGF and Doppler ultrasound of uterine arteries pulse index PI to have an early preventive intervention strategy at the end of the first trimester of pregnancy and have a reasonable pregnancy management regime.*

Keywords: *Pre-eclampsia, screening pre-eclampsia.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiền sản giật - sản giật là bệnh lý thường gặp trong thai kỳ, theo Tổ chức Y tế Thế giới bệnh chiếm khoảng từ 2 - 10% [8]. Đây là bệnh lý có nhiều biến chứng cả mẹ và thai, là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong mẹ, tử vong chu sinh trên toàn thế giới. Tỉ lệ tử vong mẹ liên quan đến tăng huyết áp trong thai kỳ khoảng 14% [11]. Mặc dù đã có nhiều nỗ lực trong quản lý nhưng cho đến hiện nay, tiền sản giật - sản giật cũng như các rối loạn tăng huyết áp trong thai kỳ vẫn còn là gánh nặng trong công tác chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em. Những ảnh hưởng của tiền sản giật - sản giật có thể được hạn chế thông qua dự báo và dự phòng bệnh. Các nghiên cứu gần đây ủng hộ tiếp cận dự báo tiền sản giật bằng mô hình kết hợp yếu tố nguy cơ mẹ và huyết áp động mạch, chỉ số xung động mạch tử cung, các xét nghiệm sinh hoá cho kết quả đầy triển vọng. Nghiên cứu của Hiệp hội Y khoa Thai nhi thực hiện ở Châu Âu năm 2011 phát hiện có thể dự báo được 91% tiền sản giật sớm, gần 80% tiền sản giật trung gian và gần 61% tiền sản giật muộn ngay tại quý I thai kỳ bằng mô hình sàng lọc phối hợp, với tỉ lệ dương tính giả 5% [6]. Xuất phát từ những vấn đề trên và nhằm cung cấp những bằng chứng về hiệu quả sàng lọc tiền sản giật ở quý I thai kỳ, chúng tôi thực hiện "Nghiên cứu kết quả dự đoán, chẩn đoán tiền sản giật tại thời điểm 11 tuần đến 13 tuần 6 ngày ở sản phụ có nguy cơ cao tiền sản giật tại Bệnh viện Phụ Sản Thành Phố Cần Thơ năm 2019 - 2021". Từ đó, việc tư vấn và thực hiện những can thiệp lên thai kỳ ở những thời điểm thích hợp nhằm làm giảm bệnh suất và tử suất cho cả mẹ và thai nhi, với những mục tiêu sau:

1. Xác định tỉ lệ thai phụ có có nguy cơ cao gây tiền sản giật ở tuổi thai 11 – 13^{+6} tuần dựa vào yếu tố nguy cơ mẹ, huyết áp động mạch trung bình, PlGF và siêu âm Doppler động mạch tử cung chỉ số xung PI tại Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ.
2. Đánh giá kết quả chẩn đoán tiền sản giật và kết cục thai kỳ của sản phụ bị tiền sản giật tại Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả thai phụ có tuổi thai từ 11 - 13^{+6} tuần, đồng ý khảo sát tầm soát TSG tại Khoa

Khám Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ từ 05/2019-04/2021.

-**Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Thai phụ thuộc nhóm có nguy cơ cao bị TSG theo tiêu chuẩn ACOG 2019: con so; con rạ, khoảng cách so với lần sinh trước ≥ 10 năm; con rạ, tiền căn bị tiền sản giật trong lần sinh trước; mẹ lớn tuổi (≥ 35 tuổi); đái tháo đường trước khi mang thai; tăng huyết áp trước khi mang thai, béo phì (chỉ số khối cơ thể ≥ 23); tiền căn bệnh Lupus ban đỏ; tiền sử gia đình có mẹ, chị, em gái bị tiền sản giật; thụ tinh trong ống nghiệm.

+ Thai sống.

+ Đồng ý tham gia nghiên cứu.

+ Thai phụ đến khám thai và sàng lọc vào quý I thai kỳ ở tuổi thai từ 11 – 13^{+6} tuần xác định dựa vào siêu âm tại Bệnh viện Phụ Sản Thành phố Cần Thơ.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Đa thai, thai phụ bị rối loạn tâm thần**,** có các dị tật bẩm sinh được phát hiện qua sàng lọc hoặc phát hiện được các dị tật bẩm sinh trong quá trình theo dõi thai kỳ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang có phân tích.

- **Cỡ mẫu:** Tính theo công thức ước lượng một tỉ lệ trong quần thể nghiên cứu:

Trong đó: n (cỡ mẫu nghiên cứu), Z=1,96, α=0,05, d=0,03.

Cỡ mẫu cho mục tiêu 1: áp dụng mô hình sàng lọc bệnh lý TSG tại thời điểm 11 - 13^{+6} tuần dựa vào yếu tố nguy cơ mẹ, huyết áp động mạch, PAPP-A và siêu âm doppler động mạch tử cung của Cao Ngọc Thành là 81,1%, [4] chọn p = 0,811, d=0,04 tính được cỡ mẫu tối thiểu là 188 thai phụ có nguy cơ cao về bệnh lý TSG. Kết quả có 567 sản phụ có nguy cơ cao TSG.

Cỡ mẫu cho mục tiêu 2: thai phụ có kết quả nguy cơ cao được chẩn đoán mắc TSG, theo nghiên cứu của Cao Ngọc Thành với p = 0,0284 [4] với chọn d = 0,04 tính được cỡ mẫu tối thiểu là 33 thai phụ diễn tiến thành TSG; kết quả nghiên cứu có 43 trường hợp bị TSG.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện, chọn tất cả các thai phụ đến khám thai thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu từ tháng 5/2019 đến tháng 4/2021.

- **Nội dung nghiên cứu và thu thập số liệu:** Những thai phụ có tuổi thai 11 - 13^{+6} tuần được khám thai, sàng lọc quý I và xác định các biến số nghiên cứu theo các bước sau: thu thập thông tin tiền sử và bệnh sử, khám lâm sàng, siêu âm sàng lọc quý I thai kỳ và đo chỉ số xung động mạch tử cung, xét nghiệm sinh hóa máu, xác định nguy cơ tiền sản giật, theo dõi và đánh giá kết quả thai kỳ, phân tích kết quả theo bảng thu thập số liệu đã soạn sẵn. Nội dung nghiên cứu gồm: nhóm tuổi, địa chỉ, nghề nghiệp, trình độ học vấn, số lần mang thai, phương pháp thụ thai, tiền sử sản khoa, tiền sử bản thân mắc các bệnh lý có nguy cơ cao TSG, khoảng cách sinh đứa con lần gần nhất đến lần mang thai này, BMI, huyết áp trung bình, tuổi thai, chỉ số xung động mạch tử cung, giá trị PlGF, các trường hợp có nguy cơ cao diễn tiến TSG sẽ được khám thai và theo dõi thai kỳ nhằm phát hiện các diễn tiến của bệnh và phương pháp điều trị, kết cục thai kỳ.

- **Phương pháp xử lí và phân tích số liệu:** Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0, được mô tả bằng tần số và tỉ lệ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tỉ lệ thai phụ có nguy cơ cao gây tiền sản giật ở tuổi thai 11 – 13^{+6} tuần

Có 567 sản phụ có yếu tố nguy cơ cao TSG, thực hiện sàng lọc tầm soát TSG ở quý I thai kỳ từ 11 – 13^{+6} tuần. Trong đó, 264 trường hợp sàng lọc có kết quả nguy cơ hình thành

TSG tăng trước 37 tuần là 46,6%, nguy cơ hình thành TSG < 34 tuần chiếm 15,3%. Có 57 sản phụ xuất hiện rối loạn THA trong thai kỳ, chiếm 5,24% với 43 sản phụ phát triển thành TSG chiếm tỉ lệ 3,95%.

3.2. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 30,51 ± 5,27 tuổi, nhỏ nhất là 16 tuổi, lớn nhất là 48 tuổi. Sống ở nông thôn (67,9%), trung học cơ sở (44,3%), trên 50% lao động chân tay.

Bảng 1. Đặc điểm tiền sử và bệnh sử

Đặc điểm			n= 567	Tỉ lệ (%)
Tuổi mẹ ≥ 35 tuổi			148	26,1
Số lần mang thai	Con so		291	51,3
	Con rạ	Tiền sử bị TSG	13	2,3
		Không có tiền sử bị TSG	263	46,38
Phương pháp thụ thai	Tự nhiên		537	94,7
	Thụ tinh trong ống nghiệm		30	5,3
Tiền sử sản khoa	Sanh non		15	2,6
	Sẩy thai		154	27,2
Tiền sử gia đình	Mẹ, chị em gái mang thai bị TSG – SG		16	2,8
	Tăng huyết áp trước tuần 20		13	2,3
Khoảng cách sinh đứa con lần gần nhất	< 10 năm		420	74,1
	≥ 10 năm		147	25,9
Tiền sử có bị đái tháo đường			15	2,6
Lupus ban đỏ			2	0,4
Tiếp xúc với thuốc lá lúc mang thai thường xuyên			37	6,5

Nhận xét: Tỉ lệ sản phụ mang thai con so (51,3%), tiền sử sẩy thai (27,2%), trên 35 tuổi (26,1%), con rạ trên 10 năm (25,9%), có tiếp xúc với thuốc lá trong thời kỳ mang thai (6,5%), thụ tinh trong ống nghiệm (5,3%), có mẹ, chị em gái mang thai bị TSG (2,8%), tiền sử sinh non và tiền căn đái tháo đường (2,6%), tăng huyết áp trước tuần 20 của thai kỳ và con rạ có tiền sử mang thai bị TSG (2,3%), tiền căn lupus ban đỏ (0,4%).

3.3. Đặc điểm của thai phụ có nguy cơ cao gây tiền sản giật ở tuổi thai 11 – 13^{+6} tuần

Đối tượng nghiên cứu có tuổi thai từ 11 - 13^{+6} tuần, CRL từ 44 – 77mm, độ mờ da gáy từ 1,0 - 2,5mm. Chỉ số khối cơ thể trung bình chiếm 47,62%, thừa cân, béo phì chiếm 44,62%.

Bảng 2. Đặc điểm nguy cơ

Đặc điểm lâm sàng		n = 567	Tỉ lệ (%)
UtA-PI	< 1,48	342	60,3
	≥ 1,48	225	39,7
PlGF	≤ 20 pg/mL	199	35,1
	> 20 pg/mL	368	64,9
HATB	< 95 mmHg	430	75,8
	≥ 95 mmHg	137	24,2
Nguy cơ hình thành TSG	< 34 tuần	87	15,3
	< 37 tuần	264	46,6

Nhận xét: Tỉ lệ sản phụ có HATB ≥ 95 mmHg (24,2%), UtA-PI ≥ 1,48 (39,7%), PlGF ≤ 20 pg/ml (35,1%), nguy cơ hình thành TSG < 37 tuần (46,6%) và < 34 tuần (15,3%).

3.4. Kết quả chẩn đoán tiền sản giật

Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Chẩn đoán TSG			n = 43	Tỉ lệ (%)
Tuổi thai lúc nhập viện	20 - 33 tuần 6 ngày		3	7,0
	34 – 36 tuần 6 ngày		14	32,6
	≥ 37 tuần		26	60,5
Dấu hiệu phù	Không phù		10	23,3
	Phù nhẹ 2 chi dưới		31	72,1
	Phù toàn thân		2	4,6
Triệu chứng cơ năng	Nhức đầu		31	72,1
	Chóng mặt		11	25,6
	Đau thượng vị		1	2,3
HA	HATT	140 – <160mmHg	23	53,5
		≥ 160 mmHg	20	46,5
	HATr	90 – <110 mmHg	40	93,1
		≥ 110 mmHg	3	6,9
Protein niệu	< 0,3 g/L		2	4,7
	≥ 0,3 g/L		41	95,3

Nhận xét: Tuổi thai lúc nhập viện ≥ 37 tuần là chủ yếu (60,5%), có triệu chứng thường gặp là tăng huyết áp, phù nhẹ 2 chi dưới (72,1%), nhức đầu và chóng mặt; protein niệu ≥ 0,3 g/L (95,3%).

3.5. Một số yếu tố liên quan đến tiền sản giật

Đặc điểm mẹ liên quan TSG		n=43	Tỉ lệ (%)
Tuổi mẹ ≥ 35 tuổi		5	11,6
BMI ≥ 23		25	58,1
Số lần mang thai	Con so	22	51,1
	Con rạ có tiền sử bị TSG	1	2,3
Tiền sử sản khoa	Sanh non	1	2,3
	Sẩy thai	14	32,5
Khoảng cách sinh đứa con lần gần nhất ≥ 10 năm		6	13,9
Tiền sử có bị đái tháo đường type 2		1	2,3
HATB ≥ 95 mmHg		34	79,1
UtA-PI ≥ 1,48		34	79,1
PlGF ≤ 20 pg/mL		33	76,7

Nhận xét**:** Nguy cơ TSG tăng theo tuổi mẹ, BMI, mang thai con so, tiền sử mang thai TSG, tăng huyết áp mãn tính, đái tháo đường type 2, tiền sử sanh non và sẩy thai, khoảng cách sinh đứa con lần gần nhất ≥ 10 năm, và sàng lọc quý I có HATB ≥ 95 mmHg, UtA-PI càng cao, PlGF càng thấp thì nguy cơ TSG càng tăng.

3.6. Kết cục thai kỳ và biến chứng

Bảng 4. Kết cục thai kỳ

Kết cục thai kỳ			n = 43	Tỉ lệ (%)
PP xử trí thai kỳ	Kéo dài thai kỳ	< 2 tuần	17	39,5
		≥ 2 tuần	0	0
	Chấm dứt thai kỳ ngay		26	60,5
	20 - 33 tuần 6 ngày		2	4,6

Kết cục thai kỳ			n = 43	Tỉ lệ (%)
Chấm dứt thai kỳ ngay	34 – 36 tuần 6 ngày		6	14,0
	≥ 37 tuần		35	81,4
Cách sanh	Sanh thường		2	4,6
	Mổ lấy thai		41	95,4
Cân nặng trẻ lúc sanh	≥ 2500g		38	88,4
	1500 – 2500g		4	9,3
	< 1500g		1	2,3
Apgar	1 phút	4 – 6 điểm	2	4,6
		7 – 10 điểm	41	95,4
	5 phút	7 – 10 điểm	43	100

Nhận xét: Phương pháp xử trí thai kỳ chủ yếu là kéo dài thai kỳ < 2 tuần (39,5%). Chấm dứt thai kỳ ngay ở thai trưởng thành hoặc có dấu hiệu nặng chủ yếu ≥ 37 tuần (81,4%). Phương pháp chấm dứt thai kỳ mổ lấy thai (95,4%), cân nặng trẻ lúc sanh đa số trên 2500gram (88,4%) và Apgar 1 phút, 5 phút sau sanh từ 7 – 10 điểm là chủ yếu, có 2 trường hợp có Apgar 1 phút từ 4 – 6 điểm.

Bảng 5. Biến chứng với mẹ và với con

Biến chứng		n = 43	Tỉ lệ (%)
Biến chứng với mẹ	Sản giật	0	0
	HELLP	1	2,3
	Nhau bong non	1	2,3
	Tử vong mẹ	0	0
Biến chứng với con	Thai chậm phát triển trong tử cung	2	4,6
	Sanh non	8	18,6
	Suy thai cấp	1	2,3
	Nhẹ cân	3	7,0
	Tử vong	0	0

Nhận xét: Biến chứng với mẹ: 1 sản phụ có hội chứng HELLP; nhau bong non (2,3%). Biến chứng với con: có 1 trường hợp suy thai cấp (2,3%), 2 thai chậm phát triển trong tử cung (4,6%) và 11 bé sanh non - nhẹ cân (25,6%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỉ lệ tiền sản giật

Trong nghiên cứu có 567 trường hợp có yếu tố nguy cơ cao TSG, được thực hiện sàng lọc tầm soát TSG ở quý I thai kỳ từ 11 – 13^{+6} tuần. Trong đó, có 264 trường hợp sàng lọc có kết quả nguy cơ hình thành TSG < 37 tuần chiếm 46,6%, nguy cơ hình thành TSG < 34 tuần là 15,3%. Có 57 trường hợp xuất hiện các rối loạn THA trong thai kỳ, chiếm tỉ lệ 5,24% và có 43 trường hợp diễn tiến thành TSG chiếm tỉ lệ 3,95%. Nhìn chung tỉ lệ TSG trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với tỉ lệ chung của bệnh lý TSG, khoảng 2 – 10% và có cao hơn một số nghiên cứu trong nước đã công bố như: tác giả Võ Văn Đức và cộng sự (2014) tỉ lệ TSG là 3,2%, tỉ lệ THA thai kỳ là 5,5% [1], Trần Mạnh Linh (2020) tỉ lệ TSG là 3,8%, tỉ lệ THA thai kỳ là 5,23% [3], Cao Ngọc Thành và cộng sự tại khu vực miền Trung Việt Nam cho thấy các rối loạn tăng HA trong thai kỳ chiếm tỉ lệ 3,74% và tỉ lệ TSG là 2,84% [4]. Theo tác giả Leona Poon và cộng sự (2012) cỡ mẫu 22.900 trường hợp là 2,4% [10], theo tác giả Ranjit Akolekar và cộng sự (2011) cỡ mẫu 33.602 trường hợp là 2,2% [6].

4.2. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có tuổi thai trung bình ở thời điểm làm siêu âm là 12 tuần 3 ngày, nhỏ nhất là 11 tuần và lớn nhất là 13 tuần 6 ngày, CRL từ 44 – 84 mm, độ mờ da gáy từ 1,0 - 2,5mm. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 30,51 ± 5,27 tuổi, nhỏ nhất là 16 tuổi, lớn nhất là 48 tuổi. Tham khảo các nghiên cứu khác ghi nhận Trần Mạnh Linh (2020) tuổi trung bình là 29 tuổi [3], Nguyễn Thị Bích Vân (2014) là 31,7 tuổi [5]. Như vậy, độ tuổi ở các nghiên cứu tương đồng nhau. Phụ nữ sống ở vùng nông thôn chiếm 67,9%, có trình độ học vấn trung học cơ sở (44,3%), trên 50% lao động chân tay. Điều này phù hợp với đặc điểm của sản phụ là sống ở vùng Đồng bằng sông Cửu Long. Chỉ số khối cơ thể của sản phụ ở mức trung bình chiếm 47,62%, thừa cân, béo phì chiếm 44,62%.

Về yếu tố nguy cơ mẹ có liên quan đến TSG: mẹ ≥ 35 tuổi (11,6%), BMI của mẹ ≥ 23 (58,1%), con so (51,1%), tiền sử sanh lần trước bị TSG (2,3%), thời gian sanh lần gần nhất đến lần này trên 10 năm (13,9%), tiền sử sanh non (2,3%), tiền sử sẩy thai (32,5%), tiền căn đái tháo đường (2,3%). HATB ≥ 95 mmHg (79,1%), UtA-PI ≥ 1,48 (79,1%), PlGF ≤ 20 pg/ml (76,7%). Một số tác giả khác: Cao Ngọc Thành (2015), con so (43,75%), con rạ mang thai bị TSG (19,64%), tiền sử sẩy thai (16,08%), tiền sử sanh non (1,79%) [4]. Trần Mạnh Linh (2020), con so (42,42%), con rạ mang thai bị TSG (73,68%), tiền sử sẩy thai (15,15%), tiền sử sanh non (2,02%) [3]. Nhìn chung các tỉ lệ trong nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt hơn so với nghiên cứu khác về liên quan của một số yếu tố liên quan đến TSG, điều này có thể do cỡ mẫu của chúng tôi còn chưa đủ lớn.

4.3. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Đa số các sản phụ có các triệu chứng lâm sàng đặc trưng của TSG như tăng huyết áp, phù (phù nhẹ hai chi dưới là chủ yếu chiếm 72,1%), nhức đầu (72,1%), chóng mặt (25,6%) và đau thượng vị (2,3%). Tuy nhiên, hiện nay triệu chứng phù ít có giá trị và không còn là tiêu chuẩn chẩn đoán TSG. Các triệu chứng đau đầu không đáp ứng với thuốc giảm đau, đau thượng vị,… có thể gợi ý các rối loạn chức năng nhiều cơ quan do ảnh hưởng của bệnh lý TSG.

Các trường hợp diễn tiến thành TSG có protein niệu 24h ≥ 300 mg chiếm tỉ lệ cao 95,3%, creatinin/huyết thanh >100 mmol/L chiếm 30,2%, tiểu cầu ≤ 100 x 10^9/l có 1 trường hợp (2,3%), từ 100 – 150 x 10^9/l có 3 trường hợp chiếm 7%, men gan: AST tăng ≥ 2 lần chiếm 9,3%, ALT tăng ≥ 2 lần chiếm 7%, LDH tăng > 220 U/L chiếm 34,9%. Theo Lê Lam Hương (2014), protein niệu > 3 g/l chiếm 49,4%, tăng AST chiếm 29,2%, tăng ALT chiếm 25,8%, creatinine tăng 34,8% [2]. Có sự chênh lệnh giữa các nghiên cứu có thể do cỡ mẫu chưa đủ lớn.

4.4. Kết cục thai kỳ và biến chứng

Phương pháp xử trí thai kỳ: Chấm dứt thai kỳ ngay là 60,5%, kéo dài thai kỳ < 2 tuần là 39,5% và không có trường hợp nào kéo dài thai kỳ trên 2 tuần. Tuổi thai lúc chấm dứt thai kỳ từ 37 tuần trở lên chiếm tỉ lệ cao nhất là 81,4%, từ 34 – 36^{+6} tuần là 14% và dưới 34 tuần là 4,6%.

Đa số các trường hợp đều được chấm dứt thai kỳ bằng phương pháp mổ lấy thai chiếm 95,4% và theo dõi sanh thường chiếm 4,6%. Cân nặng trẻ lúc sanh < 1500gram chiếm 2,3%, nặng từ 1500 – 2500gram là 9,3% và nặng ≥ 2500gram là 88,4%. Chỉ số Apgar 1 phút sau sanh từ 7 – 10 điểm chiếm 95,3% và từ 4 -6 điểm là 4,7%. Apgar 5 phút sau sanh từ 7 – 10 điểm là 97,7% và từ 4 – 6 điểm chiếm 2,3%.

Trong 43 ca được chẩn đoán TSG theo dõi đến lúc sanh, có 1 trường hợp bị HC Hellp, 1 trường hợp bị nhau bong non. Có 1 trường hợp bé bị suy thai cấp (2,3%), trẻ nhẹ cân (7%) và sanh non (18,6%). Theo James D.K. (2011), TSG là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong chu sinh do sinh non (15 – 67%), thai chậm phát triển trong tử cung (10 – 25%), các tổn thương thần kinh do thiếu oxy (< 1%), tử vong chu sinh (1 – 2%) và thai chết trong tử cung [7]. Theo báo cáo nghiên cứu của Michel Odent tháng 5/2015 một nghiên cứu ở 97, 270 trẻ sinh trên 35 bệnh viện ở Alberta, Canada nhận thấy rằng có mối liên quan mật thiết giữa tiền sản giật và trẻ sơ sinh nhẹ cân [9].

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ sản phụ có nguy cơ cao hình thành TSG < 37 tuần là 46,6%, < 34 tuần là 15,3% và tỉ lệ tiền sản giật là 3,95%. Các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với tiền sản giật là tuổi mẹ, BMI, mang thai con so, tăng huyết áp mãn tính, tiền sử sẩy thai, sàng lọc quý I có HATB ≥ 95 mmHg, UtA-PI càng cao và PlGF càng thấp. Theo dõi bệnh lý và kéo dài thai kỳ chủ yếu là dưới 2 tuần, chấm dứt thai kỳ ngay ở thai trưởng thành hoặc có dấu hiệu nặng. Phương pháp chấm dứt thai kỳ chủ yếu là mổ lấy thai, cân nặng trẻ lúc sanh đa số trên 2500 gram, Apgar phút thứ 5 > 7 điểm là 100%, biến chứng trên thai phụ là 4,6%, biến chứng trên trẻ sơ sinh là 32,5%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Võ Văn Đức, Nguyễn Trần Thảo Nguyên, Trần Mạnh Linh, Nguyễn Vũ Quốc Huy, Cao Ngọc Thành (2014), Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng và giá trị Doppler động mạch tử cung trong dự báo tiền sản giật ở tuổi thai 11 tuần đến 13 tuần 6 ngày, *Tạp chí Phụ sản*, 12(1), tr.46–49.
2. Lê Lam Hương (2014), Mối liên quan giữa protein niệu với một số chỉ số sinh hóa ở thai phụ tiền sản giật, *Y học TP. Hồ Chí Minh*, tập 20, số 5 (2016).
3. Trần Mạnh Linh (2020), Nghiên cứu kết quả sàng lọc bệnh lý tiền sản giật - sản giật bằng xét nghiệm PAPP-A, siêu âm doppler động mạch tử cung và hiệu quả điều trị dự phòng, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Huế, Đại học Huế.
4. Cao Ngọc Thành, Võ Văn Đức, Nguyễn Vũ Quốc Huy, Trương Quang Vinh, Nguyễn Viết Nhân, Hà Thị Minh Thi, Nguyễn Trần Thảo Nguyên, Trần Mạnh Linh (2015), Mô hình sàng lọc bệnh lý tiền sản giật tại thời điểm 11 tuần đến 13 tuần 6 ngày thai kỳ dựa vào các yếu tố nguy cơ mẹ, huyết áp động mạch trung bình, PAPP-A và siêu âm doppler động mạch tử cung, *Tạp chí Phụ sản* 13(3), tr.38-46.
5. Nguyễn Thị Bích Vân (2014), Giá trị của siêu âm doppler động mạch tử cung ở tuổi thai 11-13 tuần 6 ngày ở sản phụ thai nghén nguy cơ cao trong dự đoán sớm tiền sản giật. *Tạp chí Phụ sản*, 12(2), tr.79-82, 2014.
6. Akolekar R., Syngelaki A., Sarquis R. *et al.* (2011), Prediction of early, intermediate and late pre-eclampsia from maternal factors, biophysical and biochemical markers at 11-13 weeks, *Prenat Diagn*, 31(1), pp.66-74.
7. James D.K. (2011), Hypertension, High Risk Pregnancy: Management Options. 4 th, Saunders/Elsevier, Philadelphia, PA, pp.599-626.
8. Khan K.S., Wojdyla D., Say L. *et al.* (2006), WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review, *The Lancet*, 367(9 .1066-1074.
9. Michel Odent (2015), Preeclampsia a nal-Fetal Conflict, www.medscape.com, truy cập ngày 24/7/2015.
10. Poon L.C.Y., Kametas N.A., Valencia C. *et al.* (2012), Hypertensive Disorders in Pregnancy: Screening by Systolic Diastolic and Mean Arterial Pressure at 11–13 Weeks,

Hypertens Pregnancy, 30(1), pp.93-107.

11. Say L., Chou D., Gemmill A. *et al.* (2014), Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis, *Lancet Glob Health*, 2(6), pp.e323-e333.

(Ngày nhận bài: 27/7/2021 – Ngày duyệt đăng: 8/8/2021)