

Kết quả điều trị sản phụ tiền sản giật tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Phú Thọ

Results of pre-eclampsia treatment at Phu Tho Province's Obstetrics and Pediatric Hospital

Nguyễn Thị Hồng¹, Hoàng Thị Chung²,
Hoàng Quốc Huy¹ và Nguyễn Phương Sinh^{1*}

¹Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên,
²Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Phú Thọ

Tóm tắt

Mục tiêu: Nhận xét kết quả điều trị sản khoa các trường hợp tiền sản giật đẻ tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Phú Thọ từ tháng 1 năm 2022 đến tháng 12 năm 2023. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 106 bệnh nhân có tuổi thai trên 22 tuần được chẩn đoán, điều trị tiền sản giật và đẻ tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Phú Thọ. **Kết quả:** Nhóm bệnh nhân dưới 35 tuổi chiếm tỷ lệ cao. Tuổi thai non tháng chiếm tỷ lệ cao nhất 68,8%. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tuổi thai khi sinh với mức độ tiền sản giật ($p < 0,05$). Tỷ lệ thai phụ được chỉ định đình chỉ thai nghén là 89,6%. Chỉ định mổ lấy thai do mẹ là 26,4%, do thai chiếm 32,1%. Tỷ lệ trẻ có cân nặng < 1500 gam ở nhóm tiền sản giật nặng là 10,4%. Trong số 14 sản phụ có biến chứng thì hội chứng HELLP gặp nhiều nhất chiếm 5,6%. **Kết luận:** Nhóm bệnh nhân dưới 35 tuổi chiếm tỷ lệ cao. Có mối liên quan giữa tuổi thai khi sinh với mức độ tiền sản giật ($p < 0,05$). Phần lớn tiền sản giật được chỉ định đình chỉ thai kì với tỷ lệ mổ lấy thai cao. Biến chứng tiền sản giật gây ra cho mẹ tương đối nặng nề đặc biệt là hội chứng HELLP.

Từ khóa: Tiền sản giật, tăng huyết áp, thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung, protein niệu.

Summary

Objective: To review the obstetric treatment results of preeclampsia cases delivered at Phu Tho Provincial Obstetrics and Pediatrics Hospital from January 2022 to December 2023. **Subject and method:** A cross-sectional descriptive study on 106 patients with a gestational age of over 22 weeks diagnosed, treated for preeclampsia and delivered at Phu Tho Provincial Obstetrics and Pediatrics Hospital. **Result:** The group of patients under 35 years old accounted for a high proportion. Premature gestational age accounted for the highest proportion at 68.8%. There was a correlation between gestational age at birth and the degree of preeclampsia with $p < 0.05$. The proportion of pregnant women indicated for termination of pregnancy was 89.6%. The indication for cesarean section by the mother was 26.4%, by the fetus was 32.1%. The proportion of infants weighing < 1500 grams in the severe preeclampsia group was 10.4%. Among the 14 pregnant women with complications, HELLP syndrome was the most common, accounting for 5.6%. **Conclusion:** The group of patients under 35 years old accounted for a high proportion. There was a correlation between gestational age at birth and the level of preeclampsia with $p < 0.05$. Most preeclampsia cases were indicated for termination of pregnancy with a high rate of cesarean section. The complications of preeclampsia for the mother were relatively severe, especially HELLP syndrome.

Keywords: Preeclampsia, hypertension, intrauterine growth restriction, proteinuria.

Ngày nhận bài: 08/11/2024, ngày chấp nhận đăng: 24/12/2024

* Tác giả liên hệ: sinhnp.y@gmail.com - Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiền sản giật (TSG) được định nghĩa là tình trạng tăng huyết áp mới khởi phát và protein niệu hoặc tổn thương cơ quan đích khác xảy ra sau 20 tuần thai kỳ¹. Ước tính biến chứng TSG tác động đến 2%-8% phụ nữ mang thai trên toàn cầu². Tỷ lệ mắc TSG khác nhau ở từng khu vực và thay đổi theo quần thể nghiên cứu. Các nước đang phát triển có số người mắc bệnh cao hơn so với nước phát triển. Nhìn chung, tỷ lệ bệnh trên toàn thế giới đang có xu hướng tăng. Hàng loạt nghiên cứu từ năm 2012 đến 2016 cho biết tỷ lệ TSG tại Huế khoảng 2,8-5,5%. Tỷ lệ TSG trên cả nước trước 34 tuần là 0,43%, tỷ lệ TSG từ 34-37 tuần là 0,7% và tỷ lệ TSG sau 37 tuần là 1,68% so với toàn bộ thai kỳ¹. Theo nghiên cứu của Phạm Văn Tự và cộng sự (2021) tỷ lệ tiền sản giật là 0,8%³. Tăng huyết áp gây nên nhiều ảnh hưởng xấu đến mẹ và thai nhi. Đối với thai nhi, tăng huyết áp trong thai kỳ có thể dẫn đến thai giới hạn tăng trưởng trong tử cung, thiếu ối, rau bong non, đẻ non, suy thai. Đối với thai phụ, tăng huyết áp thai kỳ có thể diễn tiến đến tiền sản giật, sản giật, phù phổi, gây suy đa cơ quan và ảnh hưởng đến tính mạng của thai phụ. Huyết áp cao cũng làm tăng nguy cơ bệnh tim, bệnh thận và đột quỵ ở thai phụ⁴. Bên cạnh đó, ảnh hưởng của tiền sản giật - sản giật còn kéo dài sau đẻ, liên quan đến các lần đẻ tiếp theo và là yếu tố nguy cơ của các bệnh lý tim mạch sau này⁵. Tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Phú Thọ đã điều trị nhiều bệnh nhân bị tiền sản giật. Nhằm tổng kết kết quả điều trị bệnh lý tiền sản giật tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Phú Thọ chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Nhận xét kết quả điều trị sản khoa các trường hợp sản phụ tiền sản giật tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Phú Thọ trong thời gian 2022-2023.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng

Những trường hợp sản phụ được chẩn đoán, điều trị tiền sản giật và đẻ tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Phú Thọ trong thời gian từ tháng 1/2022 đến tháng 12/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Tuổi thai từ 22 tuần trở lên.

Được chẩn đoán tiền sản giật theo hướng dẫn quốc gia.

Hồ sơ bệnh án đủ thông tin nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Bệnh nhân tiền sản giật được khám, điều trị nhưng không sinh tại bệnh viện.

Bệnh nhân tiền sản giật đã đẻ ở tuyến trước chuyển đến.

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu: Lấy mẫu toàn bộ những đối tượng thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian thực hiện nghiên cứu. Chúng tôi chọn được 106 bệnh nhân.

Biến số nghiên cứu:

Đặc điểm chung: Tuổi (< 35, ≥ 35 tuổi); địa dư; nghề nghiệp.

Phân bố tuổi thai khi sinh và mức độ tiền sản giật: Đủ tháng, non tháng, tiền sản giật nặng, tiền sản giật nhẹ.

Phương pháp xử trí sản khoa: Chuyển dạ tự nhiên, đình chỉ thai nghén.

Phương pháp kết thúc thai kỳ: Mổ lấy thai do mẹ, mổ lấy thai do thai, mổ lấy thai do các nguyên nhân khác, đẻ đường âm đạo.

Trọng lượng sơ sinh: < 1500gram, 1500 -< 2500gram, ≥ 2500gram.

Phân bố biến chứng mẹ và mức độ tiền sản giật: Chảy máu, hội chứng HELLP, suy thận, hội chứng thận hư, không biến chứng.

Phương pháp phân tích số liệu:

Nhập số liệu bằng phần mềm Epidata 3.1 và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0.

Các thuật toán thống kê Y học được sử dụng: Kiểm định với biến định tính: Sử dụng test so sánh test χ^2 , các so sánh có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

2.3. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu đã được hội đồng đạo đức của trường Đại học Y Dược Thái Nguyên và Lãnh đạo Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Phú Thọ thông qua cho phép thực hiện. Quyết định số 1967/ QĐ-ĐHYD ngày 11/9/2023.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (n = 106)

Đặc điểm		n	Tỷ lệ %
Tuổi	< 35	67	63,2
	≥ 35	39	36,8
Địa dư	Thành thị	33	31,1
	Nông thôn	60	56,6
	Miền núi	13	12,3
Số lần mang thai	Con so	45	42,5
	Con rạ	61	57,5

Nhóm bệnh nhân dưới 35 tuổi (63,2%) chiếm tỷ lệ cao hơn nhóm từ 35 tuổi trở lên (36,8%). Trong nhóm nghiên cứu, bệnh nhân lớn tuổi nhất là 45 tuổi, ít nhất là 18 tuổi. Nơi sinh sống của đối tượng nghiên cứu ở nông thôn chiếm tỷ lệ hơn 1 nửa tổng số nghiên cứu 56,6%. Thành thị chiếm tỷ lệ 31,1%, miền núi ít nhất với 12,3%. Trong 106 đối tượng nghiên cứu, con rạ (đẻ từ lần 2 trở lên) chiếm tỷ lệ cao hơn 57,5%.

Bảng 2. Phân bố tuổi thai khi sinh, phương pháp sinh với mức độ tiền sản giật

Xử trí		Tiền sản giật nặng		Tiền sản giật nhẹ		Tổng		p
		n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
Tuổi thai	Non tháng	42	28,3	31	25,5	73	68,8	<0,01
	Đủ tháng	4	3,8	29	27,4	33	31,2	
Xử trí	Chuyển dạ tự nhiên	0	0,0	11	10,4	11	10,4	
	Đình chỉ thai	46	43,4	49	46,2	95	89,6	

Tuổi thai tiền sản giật non tháng chiếm tỷ lệ cao nhất 68,8%; trong đó tiền sản giật nặng non tháng chiếm tỷ lệ cao 39,6%. Tiền sản giật đủ tháng chiếm tỷ lệ 31,2%; trong đó tiền sản giật nhẹ đủ tháng chiếm tỷ lệ cao 27,4%. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tuổi thai khi sinh với mức độ tiền sản giật ($p < 0,05$).

Tỷ lệ thai phụ được chỉ định đình chỉ thai nghén là 89,6%; chuyển dạ tự nhiên là 10,4%.

Bảng 3. Phương pháp kết thúc thai kỳ

Phương pháp kết thúc	Tiền sản giật nặng		Tiền sản giật nhẹ		Tổng	
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
Mổ lấy thai do mẹ	18	17,0	10	9,4	28	26,4
Mổ lấy thai do thai	27	25,5	7	6,6	34	32,1
Mổ do nguyên nhân khác	0	0,0	28	26,4	28	26,4
Đẻ đường âm đạo	1	0,9	15	14,2	16	15,1
Tổng	46	43,4	60	36,6	106	100

Chỉ định mổ lấy thai do mẹ là 26,4% mẹ có biến chứng gặp nhiều nhất ở nhóm tiền sản giật nặng chiếm 17,0%. Do thai chiếm 32,1% trong đó đa số do thai chậm phát triển và gặp nhiều ở nhóm tiền sản giật nặng

chiếm 25,5%. Mổ lấy thai do nguyên nhân khác chiếm 26,4% đáng chú ý là phẫu thuật lấy thai theo yêu cầu ngày càng nhiều.

Bảng 4. Trọng lượng sơ sinh theo mức độ tiền sản giật

Trọng lượng	Tiền sản giật nặng		Tiền sản giật nhẹ		Tổng	
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
<1500 gam	11	10,4	3	2,8	14	13,2
1500 -< 2500 gam	24	22,6	12	11,3	36	33,9
≥ 2500 gam	11	10,4	45	42,5	56	52,9
Tổng	46	43,4	60	56,6	106	100,0

Tỷ lệ trẻ có cân nặng <1500 gam ở nhóm tiền sản giật nặng là 10,4%, nhóm tiền sản giật nhẹ là 2,8%.

Bảng 5. Phân bố biến chứng mẹ và mức độ tiền sản giật

Biến chứng	Tiền sản giật nặng		Tiền sản giật nhẹ		Tổng	
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
Chảy máu	3	2,9	0	0,0	3	2,9
Hội chứng HELLP	5	4,7	1	0,9	6	5,6
Suy thận	1	0,9	1	0,9	2	1,8
Hội chứng thận hư	3	2,9	0	0,0	3	2,9
Không biến chứng	34	32,1	58	54,7	92	86,8
Tổng	46	43,5	60	56,5	106	100,0

Trong số 14 sản phụ có biến chứng thì hội chứng HELLP gặp nhiều nhất chiếm 5,6% trong đó tiền sản giật nặng chiếm 4,7%. Không có biến chứng tử vong.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhóm bệnh nhân nghiên cứu bị tiền sản giật nằm trong độ tuổi dưới 35 chiếm tỷ lệ cao nhất (63,2%). Trong đó, bệnh nhân lớn tuổi nhất là 45 tuổi, ít nhất là 18 tuổi. Trong nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân sống ở nông thôn chiếm tỷ lệ cao nhất 56,6%, thành thị chiếm tỷ lệ 31,1% và miền núi có tỷ lệ thấp nhất 12,3%. Tỷ lệ này tương đồng với sự phân bố dân cư của Việt Nam. Có thể thấy, tỷ lệ mắc TSG không bị ảnh hưởng bởi môi trường sống. Kết quả của chúng tôi tại Bảng 1 phù hợp với một số nghiên cứu trước đây, cho thấy người đẻ con rạ tỷ lệ mắc tiền sản giật cao hơn người đẻ con so, có 42,5% bệnh nhân tiền sản giật đẻ con lần đầu; còn lại là các bệnh nhân đẻ con lần

thứ 2 trở lên. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với kết quả nghiên cứu của Vũ Hồng Thăng⁶. Với sự phát triển mạnh của hỗ trợ sinh sản nhóm chúng tôi cũng chú ý đến đối tượng này tuy nhiên do cỡ mẫu chưa đủ lớn nên số bệnh nhân hỗ trợ sinh sản (kích trứng, IUI, IVF) chiếm 14,2%.

Tuổi thai tiền sản giật non tháng chiếm tỷ lệ cao nhất 68,8%; trong đó tiền sản giật nặng non tháng chiếm tỷ lệ cao 39,6%. Tiền sản giật đủ tháng chiếm tỷ lệ 31,2%; trong đó tiền sản giật nhẹ đủ tháng chiếm tỷ lệ cao 27,4%. Theo nghiên cứu của tác giả Phạm Văn Tự và cộng sự (2021) tỷ lệ tiền sản giật non tháng chiếm 20%³. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ tiền sản giật nặng khá cao so với các tác giả trước đây. Giải thích điều này theo chúng tôi là do chúng tôi là bệnh viện tuyến tỉnh chuyên môn sâu nên bệnh viện đón nhận nhiều bệnh nhân bệnh nặng đến khám hoặc chuyển từ các tuyến dưới lên để điều trị. Có mối liên quan giữa tuổi thai khi sinh với mức độ tiền sản giật với $p < 0,05$.

Tỷ lệ thai phụ được chỉ định đình chỉ thai nghén là 89,6%. Chỉ định mổ lấy thai do mẹ là 26,4% mẹ có biến chứng gặp nhiều nhất ở nhóm tiền sản giật nặng chiếm 17,0%. Do thai chiếm 32,1% trong đó đa số do thai chậm phát triển và gặp nhiều ở nhóm tiền sản giật nặng chiếm 25,5%. Mổ lấy thai do nguyên nhân khác chiếm 26,4% đáng chú ý là phẫu thuật lấy thai theo yêu cầu ngày càng nhiều. Kết quả nghiên cứu của Vũ Đình Nam, tỷ lệ mổ lấy thai ở nhóm tiền sản giật là 86,5%⁷. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi.

Về phía thai, đây là những trường hợp thai nhi có thể sống được sau khi ra khỏi tử cung người mẹ, những chỉ định này thường liên quan tới tình trạng thai nhi mà các xét nghiệm thăm dò như monitoring sản khoa phát hiện các nhịp tim thai bất thường (nhịp chậm, nhịp phẳng...), siêu âm thấy thai chậm phát triển trong tử cung. Hoặc các xét nghiệm của thai phụ có nguy cơ cao đe dọa tính mạng cả mẹ và con. Trong những trường hợp này cần có chỉ định ĐCTN để cứu thai nhi.

Kết quả Bảng 5 của chúng tôi cho thấy có 3 thai phụ có biến chứng chảy máu chiếm 2,9%; 6 thai phụ có hội chứng HELLP chiếm 5,6%; 2 thai phụ suy thận chiếm 1,8%; 3 thai phụ có hội chứng thận hư chiếm 2,9%.

So sánh với tác giả Nguyễn Viết Tiến năm 2017 tỷ lệ suy thận là 3,7%; sản giật là 1,7%; phù phổi cấp 0,2%; rau bong non 2,7%⁸. Theo tác giả Nguyễn Tiến Vinh năm 2018 tỷ lệ suy thận là 2,5%; sản giật là 5,0%; phù phổi cấp 0,0%; rau bong non 3,8%⁹.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các biến chứng tiền sản giật gây ra cho mẹ thấp hơn so với các tác giả khác. Kết quả này cho thấy hiện nay tiền sản giật đã được phát hiện sớm cũng như xử trí tốt hơn, làm giảm các biến chứng về phía mẹ. Theo WHO, hai nguyên nhân tử vong hàng đầu về phía mẹ là phù phổi cấp và hội chứng HELLP với rối loạn chảy máu và đông máu rải rác trong lòng mạch.

Điều này cho thấy cần đẩy mạnh hơn nữa công tác quản lý thai nghén tại các cơ sở y tế, các bệnh viện nhằm phát hiện sớm các thai phụ tiền sản giật để được điều trị và quản lý chặt chẽ. Hơn thế, cần thực hiện tốt quy trình sàng lọc chẩn đoán sớm tiền sản giật ở tuyến dưới để điều trị kịp thời, tránh các tai biến cho thai phụ và thai nhi.

V. KẾT LUẬN

Trong 106 bệnh nhân nghiên cứu, nhóm bệnh nhân dưới 35 tuổi chiếm tỷ lệ cao. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tuổi thai khi sinh với mức độ tiền sản giật ($p < 0,05$). Phần lớn tiền sản giật được chỉ định đình chỉ thai nghén với tỷ lệ mổ lấy thai cao. Biến chứng tiền sản giật gây ra cho mẹ tương đối nặng nề đặc biệt là hội chứng HELLP.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2024) *Hướng dẫn sàng lọc, chẩn đoán và xử trí tăng huyết áp ở phụ nữ mang thai, tiền sản giật và sản giật*. Quyết định số 1154 /QĐ-BYT ngày 04/05/2024 của Bộ Y tế.
2. Karrar SA, Martingano DJ, Hong PL (2024) *Preeclampsia*. 2024 Feb 25. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. PMID: 34033373.
3. Phạm Văn Tư, Nguyễn Quốc Tuấn (2021) *Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả thai kỳ ở thai phụ tiền sản giật - sản giật tại Bệnh viện đa khoa Hà Đông*. Tạp chí Phụ sản, 19(1), tr. 30-37.
4. Bộ Y tế (2016) *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 Y tế.
5. Stern EM, Blace N (2024) *Ophthalmic Pathology of Preeclampsia*. StatPearls, StatPearls Publishing.
6. Vũ Hồng Thăng, Nguyễn Quảng Bắc (2022) *Kết quả xử trí thai nghén sản phụ tiền sản giật tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương*. Tạp chí Y học Cộng đồng, 64(1).
7. Vũ Đình Nam, Nguyễn Thị Quỳnh Hoa (2024) *Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả thai kỳ ở thai phụ tiền sản giật - sản giật tại Bệnh viện A Thái Nguyên*. Tạp Chí Y học Cộng đồng, 65(3).
8. Nguyễn Viết Tiến, Nguyễn Thanh Hà (2017) *Kết quả xử trí tiền sản giật tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương trong năm 2015*. Tạp chí Phụ sản, 15(2), tr. 24-29.
9. Nguyễn Tiến Vinh (2018) *Nhận xét về tình hình điều trị tiền sản giật thai nghén từ 28 đến 34 tuần tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương*. Tạp chí Y học Việt Nam.