

# KẾT QUẢ SƠ SINH CỦA CÁC TRƯỜNG HỢP THAI PHỤ THỤ TINH ỒNG NGHIỆM MẮC TIỀN SẢN GIẬT SAU TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Lê Minh<sup>1,2</sup>, Đỗ Tuấn Đạt<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nhận xét kết quả sơ sinh ở thai phụ thụ tinh ống nghiệm (TTTON) mắc tiền sản giật (TSG) tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 65 thai phụ TTTON mắc tiền sản giật điều trị tiền sản giật tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 07/2020 đến tháng 06/2021. **Kết quả:** Tuổi thai trung bình lúc sinh là của trẻ sơ sinh là  $35,0 \pm 2,4$  tuần, trong đó tuổi thai trên 37 tuần chiếm 33,9%. Tuổi thai trung bình lúc sinh ở nhóm đơn thai cao hơn so với nhóm đa thai (250 ngày (35 tuần 5 ngày) và 243 ngày (34 tuần 5 ngày)) nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Phần lớn trẻ sơ sinh nặng  $> 1500g$  (90,8%), trong đó có 30% sản phụ mang đa thai có con sinh ra nhẹ hơn tuổi thai. **Kết luận:** Tuổi thai trung bình lúc sinh của các thai phụ TTTON mắc TSG gần 36 tuần. Đa số trẻ có trọng lượng khi sinh  $> 1500g$  (90,8%). Tuổi thai trung bình và trọng lượng trẻ sơ sinh giữa nhóm đa thai và đơn thai không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). 100% sơ sinh của thai phụ TTTON đơn thai khoẻ mạnh, không ghi nhận trường hợp nào tử vong sau sinh.

**Từ khóa:** kết quả sơ sinh, tiền sản giật, thụ tinh trong ống nghiệm.

## SUMMARY

### EVALUATED NEONATAL OUTCOMES OF IN VITRO FERTILIZATION PREGNANT WOMEN WITH PREECLAMPSIA AT THE NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

**Objective:** To evaluate neonatal outcomes of in vitro fertilization (IVF) pregnant women with preeclampsia at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology. **Material and Methods:** A cross-sectional prospective study was collected in 65 IVF pregnant women with preeclampsia at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology from July 2020 to June 2021. **Results:** The average gestational age at birth of newborns is  $35.0 \pm 2.4$  weeks, of which gestational age over 37 weeks accounts for 33.9%. The average gestational age at birth in the singleton group is higher than in the multiple pregnancies group (250 days (35weeks 5 days) vs 243 days (34 weeks 5 days)) but this difference is not statistically significant

( $p > 0.05$ ). The majority of newborns weigh  $> 1500g$  (90.8%), including 30% of mothers with multiple pregnancies whose babies are born lighter than their gestational age. **Conclusion:** The average gestational age at birth of IVF pregnant women with preeclampsia is 36 weeks. The majority of children have a birth weight  $> 1500g$  (90.8%). The average gestational age and newborn weight between the multiple and single pregnancy groups were not statistically significant ( $p > 0.05$ ). 100% of newborns of pregnant women with singleton fetuses were healthy, no cases of postpartum death were recorded.

**Keywords:** Infant outcomes, preeclampsia, In Vitro Fertilization

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiền sản giật (TSG) là bệnh lý xuất hiện sau tuần thứ 20 của thai kỳ với đặc trưng gồm tăng huyết áp, phù và protein niệu [1]. Ở Việt Nam, tỷ lệ tiền sản giật chiếm khoảng 3 – 4% tổng số sản phụ [2]. Hiện nay, nguyên nhân chính xác dẫn đến tiền sản giật vẫn chưa được làm rõ hoàn toàn nhưng có thể do một số yếu tố nguy cơ mẹ tuổi cao, đa thai, tăng huyết áp hoặc đái tháo đường... Đặc biệt, một số nghiên cứu gần đây đã chỉ ra rằng thai phụ đã trải qua hỗ trợ sinh sản sẽ có nguy cơ bị tiền sản giật là 6 – 8%, nhất là với kỹ thuật thụ tinh trong ống nghiệm (TTTON) [3]. Tiền sản giật nếu không được xử trí sớm có thể dẫn đến nhiều biến chứng bất lợi cho cả mẹ và thai nhi, trong đó thai nhi có thể xuất hiện suy thai, đẻ non, nhẹ cân hoặc thai chậm phát triển trong tử cung...[4] Vì thế, để đánh giá tình trạng trẻ sơ sinh sau điều trị TSG ở bệnh nhân đã thực hiện TTTON, chúng tôi đã tiến hành đánh giá kết quả sơ sinh ở thai phụ thụ tinh ống nghiệm (TTTON) mắc tiền sản giật (TSG) tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Nghiên cứu được tiến hành trên tất cả thai phụ TTTON được chẩn đoán và điều trị TSG sau TTTON tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 07/2020 đến hết tháng 06/2021.

### Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân có thai sau thụ tinh trong ống nghiệm và được chẩn đoán tiền sản giật với các triệu chứng sau:

o Huyết áp tâm thu  $\geq 140$ mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương  $\geq 90$ mmHg.

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Phụ sản Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Lê Minh

Email: nguyenleminh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 11.6.2024

Ngày duyệt bài: 3.7.2024

o Protein niệu  $\geq 0,5g/l$  ở mẫu nước tiểu ngẫu nhiên hoặc  $\geq 300mg/24h$  ở mẫu nước tiểu 24 giờ.

- o Tuổi thai  $\geq 20$  tuần.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin

**Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Tuổi thai  $< 20$  tuần.
- Thai có bất thường.
- Mẹ mắc bệnh lý khác kèm theo.
- Hồ sơ bệnh án không đầy đủ.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

- **Địa điểm và thời gian nghiên cứu:**

Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ ngày 01 tháng 7 năm 2020 đến ngày 30 tháng 6 năm 2021.

- **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả tiến cứu.

- **Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:**

65 sản phụ được chọn theo cách chọn mẫu ngẫu nhiên, không xác suất và thỏa mãn các tiêu chuẩn của nghiên cứu.

- Biến số nghiên cứu: bao gồm tuổi thai khi sinh (tuần, ngày), cân nặng sơ sinh, các bệnh mắc phải như suy hô hấp, bệnh màng trong, nhiễm khuẩn...

- **Phương pháp xử lý số liệu:** Xử lý và phân tích số liệu trên phần mềm SPSS 20.0.

- Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được Hội đồng đạo đức Trường Đại học Y Hà Nội phê duyệt.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Bảng 3.1. Đặc điểm trẻ sơ sinh của sản phụ TSG sau TTON**

Đặc điểm	n=65	%
<b>Tuổi thai khi sinh, tuần</b>		
Tuổi trung bình (TB $\pm$ SD)	35,0 $\pm$ 2,4	
28 – 32	8	12,3
33 - 34	16	24,6
35 – 36	19	29,2
$\geq 37$	22	33,9
<b>Trọng lượng trẻ sơ sinh, gam</b>		
Trọng lượng trung bình (TB $\pm$ SD)	2204 $\pm$ 547,2	
< 1500	6	9,2
1500 – 2500	44	67,7
> 2500	15	23,1

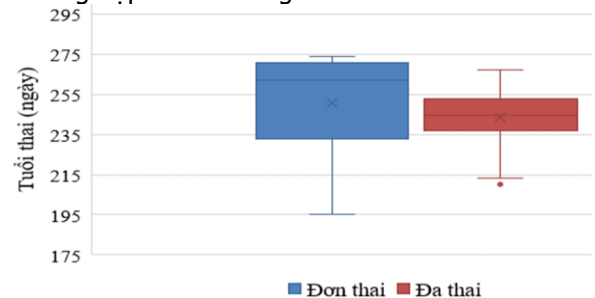
**Nhận xét:** Tuổi thai trung bình của trẻ sơ sinh là 35,0  $\pm$  2,4 tuần. Trong đó, phổ biến nhất là tuổi thai  $\geq 37$  tuần (33,9%). Phần lớn trẻ có trọng lượng sau sinh từ 1500 – 2500g (67,7%).

**Bảng 3.2. So sánh trọng lượng trẻ sơ sinh giữa 2 nhóm đơn thai và đa thai**

Đặc điểm sơ sinh	Đơn thai		Đa thai	
	n	%	n	%
<b>Trọng lượng thai</b>				

Thai nhỏ hơn tuổi thai	4	26,7	15	30
Bình thường	11	73,3	35	70
<b>Nhập ICU</b>	15	100	50	100
Có	0	0	6	12
Không	15	100	44	88
<b>Hỗ trợ hô hấp</b>				
Không	15	100	42	84
Thở oxy	0	0	2	4,0
C-pap	0	0	2	4,0
Nội khí quản	0	0	4	8,0
<b>Bệnh màng trong</b>				
Có	0	0	4	8,0
Không	15	100	46	92
<b>Nhiễm khuẩn sơ sinh</b>				
Có	0	0	4	8,0
Không	15	100	46	92
<b>Tử vong sơ sinh</b>				
Có	0	0	0	0
Không	15	100	50	100

**Nhận xét:** Tỷ lệ thai nhỏ hơn tuổi thai ở nhóm đa thai chiếm tỷ lệ cao hơn so với nhóm đơn thai. Về các đặc điểm trẻ sơ sinh, nhóm đơn thai 100% sơ sinh khoẻ mạnh, nhóm đa thai có 6 trường hợp nhập ICU, những trường hợp này cần hỗ trợ hô hấp, có mắc bệnh màng trong và nhiễm khuẩn sơ sinh. Tuy nhiên không có trường hợp nào tử vong sau sinh.



**Biểu đồ 3.1. So sánh tuổi thai khi sinh giữa 2 nhóm đơn thai và đa thai**

**Nhận xét:** Tuổi thai trung bình khi trẻ ra đời ở nhóm đơn thai là 250 ngày và nhóm đa thai là 243 ngày. Không có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê về tuổi thai giữa 2 nhóm này ( $p > 0,05$ ).

**IV. BÀN LUẬN**

Đặc điểm trẻ sơ sinh của sản phụ TSG sau TTON. Tuổi thai của trẻ sơ sinh được xác định là số tuần tuổi thai tại thời điểm kết thúc thai kỳ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi thai trung bình của trẻ là 35,0  $\pm$  2,4 tuần và có 66,9% trẻ thuộc nhóm sinh non ( $< 37$  tuần). Mặc dù trẻ sinh non tháng có thể gặp một số biến chứng như suy hô hấp sơ sinh, tử vong chu sinh hoặc di chứng thần kinh, tuy nhiên tỷ lệ trẻ đẻ non trong xử trí tiền sản giật vẫn chiếm tỷ lệ tương đối cao

(42%) do nguyên tắc điều trị chính của bệnh là ưu tiên mẹ, chiếu cố con [5]. Theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa (2015) thì chỉ định đình chỉ thai nghén được đặt ra khi thai đủ 37 tuần (ở TSG nhẹ) và thai đủ 34 tuần hoặc thấp hơn (TGS nặng) tùy theo đáp ứng của sản phụ [6]. Kết quả về tỷ lệ trẻ đẻ non chúng tôi thu được là cao hơn nhiều so với các tác giả Phan Trường Duyệt và Ngô Văn Tài thu được tỷ lệ 24% trẻ sơ sinh non tháng và Ngô Văn Tài (1997 – 2000) với tỷ lệ đẻ non là 36,3% [2,7]. Sự khác biệt này là do khả năng hồi sức sơ sinh của Bệnh viện Phụ sản Trung ương ở thời điểm hiện tại là tốt hơn trước rất nhiều. Vì thế, việc nuôi sống trẻ đẻ non đem lại hiệu quả cao hơn dẫn đến thời điểm đình chỉ thai nghén có thể sớm hơn, nhất là đối với những thai quý hiếm, có được nhờ TTTON.

Bên cạnh đó, trẻ sơ sinh nhẹ cân cũng là một trong những ảnh hưởng của TSG đối với thai nhi có thể do hệ thống mạch máu tại bánh rau của sản phụ bị tổn thương khiến giảm khả năng nuôi dưỡng thai nhi. Nghiên cứu tại Bệnh viện Mexico (2008) trên 114 bệnh nhân đã kết luận rằng TSG là yếu tố nguy cơ chính gây nhẹ cân ở trẻ sơ sinh [4]. Tuy nhiên, theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy trọng lượng trẻ sơ sinh trung bình chúng tôi thu được là  $2204 \pm 547,2g$  với phần lớn trẻ có trọng lượng từ  $> 1500g$  (đạt 90,8%), tương đồng với tác giả Trương Thị Linh Giang (98%) [4]. Như vậy có thể thấy, các trường hợp TSG sau TTTON có trọng lượng thai nhi lớn và tuổi thai  $> 32$  tuần (đạt 87,7% theo nghiên cứu của chúng tôi) là những kết quả tốt cho trẻ sơ sinh. Vì thế, có thể chấm dứt thai kỳ sớm để bảo đảm an toàn cho cả sản phụ và thai nhi vẫn đảm bảo chất lượng chăm sóc và nuôi dưỡng bé vì tuổi thai và cân nặng đều gần như đủ tháng.

So sánh tuổi thai khi sinh giữa 2 nhóm đa thai và đơn thai. Đa thai là trường hợp thường gặp đối với các sản phụ có thai bằng kỹ thuật TTTON để nâng cao khả năng đậu thai nhưng cũng cũng là 1 yếu tố nguy cơ làm tăng khả năng mắc TSG cao gấp 3 lần bình thường. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 50/65 sản phụ mắc TSG sau TTTON mang đa thai (76,9%) cao hơn nhiều so với nhóm đơn thai (23,1%). Tuổi thai trung bình khi sinh của nhóm đơn thai là 250 ngày (khoảng 35 tuần 5 ngày) và nhóm đa thai là 243 ngày (khoảng 34 tuần 5 ngày). Các trường hợp đa thai có thể làm gia tăng tỷ lệ sinh non với 60% thai kỳ song thai sinh ở tuần 37 và 90% trường hợp tam thai chấm dứt thai kỳ ở tuần 31. Tuy nhiên, sự khác biệt về tuổi thai khi

sinh giữa nhóm đơn thai và đa thai trong nghiên cứu của chúng tôi là không có ý nghĩa thống kê ( $p>0,05$ ).

So sánh trọng lượng trẻ sơ sinh giữa 2 nhóm đa thai và đơn thai. Nghiên cứu của chúng tôi đã so sánh cân nặng của trẻ sơ sinh với giá trị đường bách phân vị thứ 10 theo tuổi thai của tác giả Ngô Thị Uyên [8]. Từ kết quả bảng 3.2 cho thấy, phần lớn trẻ sơ sinh của các sản phụ TSG sau TTTON có trọng lượng bình thường so với tuổi thai với 73,3% đối với đơn thai và 70% trong các trường hợp đa thai. Đồng thời, có 19 trẻ sơ sinh với trọng lượng thấp hơn tuổi thai (29,2%) với 15 trường hợp ở nhóm đa thai. Trong đó, có 2 sản phụ mang tam thai sinh ra các trẻ đều có cân nặng sơ sinh thấp hơn tuổi thai; 13 trường hợp song thai còn lại đều có 1 trẻ nhẹ cân hơn tuổi thai. Điều này có thể do khả năng cung cấp máu nuôi dưỡng của bánh rau trong TSG là kém hiệu quả hơn so với thai kỳ khỏe mạnh kết hợp với số lượng thai nhiều trong buồng tử cung ở sản phụ tiến hành TTTON làm ảnh hưởng đến quá trình dinh dưỡng cho thai gây nên tình trạng trẻ sơ sinh nhẹ cân. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện trên cỡ mẫu nhỏ nên không thể đưa ra những kết luận sâu hơn về sự khác biệt này.

Về các bệnh mắc phải của trẻ sơ sinh trong nghiên cứu của chúng tôi thì 100% trẻ sơ sinh của các trường hợp đơn thai khỏe mạnh, không có tình trạng suy hô hấp sau sinh hay mắc các bệnh khác, kết quả này cũng phù hợp với kết quả của các nghiên cứu khác [8]. Điều này có thể giải thích do tuổi thai trung bình lúc sinh của nhóm đơn thai là gần 36 tuần, do vậy tỷ lệ sơ sinh mắc các bệnh sau sinh thấp hơn. Trong nhóm đa thai, có 6 trường hợp sinh non 28-29 tuần, cân nặng sơ sinh nhẹ hơn 1500gr, đây cũng là nhóm sơ sinh cần nhập ICU theo dõi và mắc bệnh màng trong, suy hô hấp sơ sinh. Tuy nhiên theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi không có trẻ sơ sinh nào tử vong sau sinh, điều này có thể do trung bình tuổi thai lúc sinh của nhóm nghiên cứu cao, các thai phụ TTON trong nghiên cứu của chúng tôi xuất hiện tình trạng TSG ở giai đoạn muộn của thai kỳ [4], [8].

## V. KẾT LUẬN

Tuổi thai trung bình khi sinh của các trường hợp TSG sau TTTON là  $35,0 \pm 2,4$  tuần, chủ yếu thuộc nhóm  $\geq 37$  tuần (33,9%). Trong đó, tuổi thai trung bình ở sản phụ mang đơn thai là 250 ngày và đa thai là 243 ngày nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ( $p>0,05$ ). Trọng lượng trẻ sơ sinh trung bình là  $2204 \pm 547,2g$

với phần lớn trẻ nặng > 1500g (90,8%). Tỷ lệ trẻ sơ sinh có trọng lượng nhỏ hơn tuổi thai ở nhóm đơn thai 26,7% và đa thai là 30%.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Turner, J. A. (2010), "Diagnosis and management of pre-eclampsia: an update", Int J Womens Health. 2, pp. 327-37.
2. Tài, Ngô Văn (2001), Nghiên cứu một số yếu tố tiên lượng trong nhiễm độc thai nghén, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. Muto, Haruka, et al. (2016), "Risk assessment of hypertensive disorders in pregnancy with maternal characteristics in early gestation: A single-center cohort study". 55(3), pp. 341-345.
4. Trương Thị Linh (2017), nghiên cứu giá trị của siêu âm doppler trong tiên lượng tình trạng sức khỏe của thai ở thai phụ tiền sản giật, Trường Đại học Y dược - Đại học Huế.
5. Murphy, Deirdre J and Stirrat, Gordon M (2000), "Mortality and morbidity associated with early-onset preeclampsia", Hypertension in pregnancy. 19(2), pp. 221-231.
6. Tê, Bộ Y (2015), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa.
7. Duyệt, Phan Trường (1994), Nhiễm độc thai nghén, Tài liệu học tập, Vol. 994, Viện BVBM TSS.
8. Ngô Thị Uyên (2014), Nghiên cứu sự phát triển cân nặng, chiều dài, vòng đầu của trẻ sơ sinh tương ứng với tuổi thai từ 28-42 tuần, Trường Đại học Y Hà Nội.

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ TẠO HÌNH CHE PHỦ KHUYẾT PHẦN MỀM BẰNG PHƯƠNG PHÁP GHÉP DA MỎNG CỐ ĐỊNH BẰNG HỆ THỐNG HÚT ÁP LỰC ÂM

Hoàng Tuấn Anh<sup>1,2</sup>, Phan Văn Tân<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Nguyên nhân thất bại thường gặp trong phương pháp ghép da mỏng che phủ tổn khuyết da lớn là: tu máu hoặc tu dịch dưới da ghép, nhiễm trùng và lực căng xé trên nền nhân da ghép. Xu hướng hiện nay cố định da ghép bằng VAC tỏ ra khắc phục các yếu tố nguy cơ này và cho kết quả tốt hơn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang trên 18 bệnh nhân ghép da mỏng cố định bằng VAC, thời gian từ tháng 01/2023 tới 01/2024 tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Kết quả:** Tỷ lệ sống trung bình của da ghép là 96,78% (93-99%), trong đó có 16/18 bệnh nhân (88,89%) có tỷ lệ da ghép sống trên 95%. Số ngày nằm viện trung bình sau phẫu thuật là 8,22 (3-19), không có bệnh nhân nào cần phẫu thuật ghép da bổ sung lần 2, không ghi nhận tình trạng tu huyết thanh, nhiễm trùng tại vùng ghép da. **Kết luận:** nghiên cứu của chúng tôi góp phần bổ sung bằng chứng vào quan điểm sử dụng VAC để cố định da ghép cho hiệu quả cao, rút ngắn thời gian điều trị.

**Từ khóa:** Ghép da mỏng, đặt VAC, cố định da ghép

### SUMMARY

#### EVALUATING THE RESULT OF IMMOBLIZING SPLIT-THICKNESS SKIN GRAFT BY VACUUM - ASSISTED CLOSURE DEVICE

**Introduction:** Hematoma, infection and shear

forces of interface are the common causes of skin graft loss. Recently, immobilizing split-thickness skin graft by VAC has improved those conditions and provided better results. **Patients and methods:** A cross-sectional study in 18 patients who underwent split-thickness skin graft and VAC for immobilizing . from 01/2023 to 01/2024 at Hanoi Medical University hospital. **Results:** The average percent graft take was 96.78% (93-99%), with 16/18 patients (88.89%) have percent larger than 95%. The average hospitalization time post-surgery was 8.22 (3-19), none of the patients needed a second surgery, and none of the patients had infection or seroma complications. **Conclusion:** the results of our research contribute to the idea of utilizing VAC to immobilize split-thickness skin graft, which is effective and reduces hospitalization time and financial burden.

**Keywords:** Split-thickness skin graft, VAC, immobilizing skin graft.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phương pháp ghép da mỏng là kỹ thuật đơn giản, dễ áp dụng, thường được chỉ định tạo hình che phủ tổn khuyết phần mềm do nhiều cơ chế bệnh lý như chấn thương, bỏng, sau cắt bỏ các khối u, khi chỉ định đóng trực tiếp không có khả năng thực hiện do kích thước và vị trí giải phẫu của tổn khuyết. Phương pháp cố định da ghép truyền thống và phổ biến nhất sử dụng kỹ thuật băng ép da ghép qua hệ thống gạc mỡ, gạc ẩm và băng cố định.<sup>1</sup> Tuy nhiên tỷ lệ da ghép sống có thể giảm đi đáng kể khi da ghép không được cố định tốt vào nền nhân trong một khoảng thời gian đủ dài.<sup>2,3</sup> Một số nghiên cứu cho kết quả tỷ lệ sống của da ghép cố định bằng phương pháp truyền thống là 87-89%.<sup>4,5</sup>

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Tuấn Anh

Email: tuanhcmfs@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 12.6.2024

Ngày duyệt bài: 4.7.2024