

đoán bệnh cơ thắt tâm vị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **D. L. Francis and D. A. Katzka**, "Achalasia: Update on the Disease and Its Treatment," *Gastroenterology*, vol. 139, no. 2, pp. 369-374.e2, Aug. 2010, doi: 10.1053/j.gastro.2010.06.024.
2. **D. C. Sadowski, F. Ackah, B. Jiang, and L. W. Svenson**, "Achalasia: incidence, prevalence and survival. A population-based study," *Neurogastroenterol. Motil.*, vol. 22, no. 9, pp. e256-261, Sep. 2010, doi: 10.1111/j.1365-2982.2010.01511.x.
3. **Gockel and T. Junginger**, "The Value of Scoring Achalasia: A Comparison of Current Systems and the Impact on Treatment—The Surgeon's Viewpoint," *Am. Surg.*, vol. 73, pp. 327-31, May 2007, doi: 10.1177/000313480707300403.
4. **Bùi Duy Dũng, Nguyễn Lâm Tùng và cộng sự**, "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân cơ thắt tâm vị tại Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện Trung ương Quân đội 108," *J. 108 - Clin. Med. Pharmacol.*, Apr. 2022, doi: 10.52389/ydls.v17i2.1144.
5. **S. L. Siow et al.**, "Laparoscopic Heller myotomy and anterior Dor fundoplication for achalasia cardia in Malaysia: Clinical outcomes and satisfaction from four tertiary centers," *Asian J. Surg.*, vol. 44, no. 1, pp. 158-163, Jan. 2021, doi: 10.1016/j.asjsur.2020.04.007.
6. **Đào Việt Hằng, Trần Thị Thu Trang và cộng sự**, "Giá trị của các phương pháp nội soi, chụp Xquang Baryt thực quản, đo áp lực và nhu động thực quản độ phân giải cao trong chẩn đoán cơ thắt tâm vị," *Tạp Chí Học Việt Nam*, vol. 536, no. 1, Art. no. 1, Mar. 2024, doi: 10.51298/vmj.v536i1.8674.
7. **M. Y. Licurse, M. S. Levine, D. A. Torigian, and E. M. Barbosa**, "Utility of chest CT for differentiating primary and secondary achalasia," *Clin. Radiol.*, vol. 69, no. 10, pp. 1019-1026, Oct. 2014, doi: 10.1016/j.crad.2014.05.005.
8. **M. Carter, R. C. Deckmann, R. C. Smith, M. I. Burrell, and M. Traube**, "Differentiation of achalasia from pseudoachalasia by computed tomography," *Am. J. Gastroenterol.*, vol. 92, no. 4, pp. 624-628, Apr. 1997.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ DỰ PHÒNG TIỀN SẢN GIẬT-SẢN GIẬT BẰNG ASPIRIN LIỀU THẤP Ở NHỮNG THAI PHỤ CÓ NGUY CƠ CAO TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2020-2022

Nguyễn Tấn Hưng¹, Quan Kim Phụng¹, Trần Hoài Ân¹,
Ngô Thị Thuý Hằng¹, Nguyễn Hữu Trung², Lâm Đức Tâm¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định tỷ lệ tiền sản giật và một số yếu tố liên quan của nhóm thai phụ được dự phòng tiền sản giật – sản giật bằng Aspirin liều thấp tại Bệnh viện Phụ Sản thành phố Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu chọn tất cả các thai phụ đến khám thai thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu từ tháng 1/2020 đến 6/2022. **Kết quả:** Trong 210 trường hợp có nguy cơ cao được dự phòng tăng huyết áp trong thai kỳ chúng tôi ghi nhận tỷ lệ rối loạn tăng huyết áp của thai kỳ là 16,7%, trong đó tiền sản giật là 11,9%; tăng huyết áp mạn, tăng huyết áp thai kỳ, tiền sản giật trên nền tăng huyết áp mạn chiếm tỷ lệ ghi nhận lần lượt là: 1,4%; 2,4%; 1,0%. Nhóm đối tượng ≥ 35 tuổi, BMI ≥ 23 kg/m², tiền sử đái tháo đường liên quan với tỷ lệ tiền sản giật ở kết cục thai kỳ ($p < 0,05$). **Kết luận:** Rối loạn tăng huyết áp trong thai kỳ đặc biệt là tiền sản giật còn chiếm tỷ lệ cao, cần sàng lọc và dự phòng sớm trong thai kỳ.

Từ khóa: Tiền sản giật, sản giật, dự phòng rối loạn tăng huyết áp.

SUMMARY

ASSESSMENT OF EFFECTIVE PROTECTION OF PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA WITH LOW-DOSE ASPIRIN IN HIGH-RISK PREGNANT WOMEN AT CAN THO OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL 2020-2022

Objectives: To determine the proportion and some related factors of preeclampsia in prophylactic intervention with low-dose aspirin in the screen-positive group in Can Tho Obstetrics and Gynecology Hospital. **Materials and methods:** Retrospective cohort study on women who came for examination of pregnancy in Can Tho Obstetrics and Gynecology Hospital from January 2020 to June 2022. **Results:** In the outcomes of 210 women with screen-positive and receiving low-dose aspirin, the proportion of hypertensive disorders of pregnancy is 16.7%, the proportion of preeclampsia is 11.9% and the proportion of chronic hypertension, gestational hypertension, preeclampsia/chronic hypertension are 1.4%; 2.4%; 1.0% respectively. Maternal age of 35 years or older, BMI ≥ 23 kg/m² or having history of diabetes relate to preeclampsia in the outcome of pregnancy ($p < 0.05$). **Conclusions:** Hypertensive disorders especially preeclampsia – eclampsia

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lâm Đức Tâm

Email: ldtam@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 20.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2024

Ngày duyệt bài: 26.11.2024

accounted for a high rate in pregnancy. It is necessary to have strategies of prediction of preeclampsia and prophylactic intervention in early term of pregnancy.

Keywords: Preeclampsia, eclampsia, prophylactic intervention in hypertensive disorders.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiền sản giật-sản giật (TSG-SG) nổi bật với tần suất cao kèm các biến chứng phức tạp ở thai phụ bao gồm suy thận, hội chứng HELLP, suy gan, phù não với SG và có thể dẫn đến tử vong. Ước tính rằng TSG gây biến chứng cho 2-8% các trường hợp mang thai. Tuy nhiên, phần lớn các trường hợp tử vong do tiền sản giật - sản giật có thể phòng ngừa được thông qua việc dự phòng sự hình thành bệnh, đặc biệt ở những thai phụ có các yếu tố nguy cơ cao tiền sản giật, và điều trị kịp thời và có hiệu quả cho những phụ tiền sản giật cũng như các biến chứng. Loạt nghiên cứu từ năm 2012 đến 2015 tại Huế cho thấy tỷ lệ TSG khoảng 2,8-5,5%¹. Tổ chức Y tế thế giới², Liên đoàn Sản phụ khoa Quốc tế (FIGO)³, Hội Sản phụ khoa Hoa Kỳ (ACOG)⁴, Viện chăm sóc sức khỏe quốc gia và lâm sàng Anh (NICE)⁵, Hiệp hội sản phụ khoa Canada (SOGC)⁶, Bộ Y tế và các Hiệp hội chuyên ngành khác cũng đã có những hướng dẫn về dự báo và dự phòng TSG – SG⁷. Tại Việt Nam, các công trình nghiên cứu về bệnh lý TSG – SG trong những năm gần đây đã tập trung vào lĩnh vực dự báo xuất hiện bệnh, dự báo tiến triển bệnh và kết quả thai kỳ cũng như điều trị dự phòng là hết sức cần thiết để góp phần giảm tỷ lệ bệnh tật, tử vong do bệnh lý này gây ra. Các nghiên cứu thực hiện ở Huế cũng chứng minh vai trò của mô hình kết hợp yếu tố nguy cơ mẹ, huyết áp trung bình, chỉ số xung động mạch tử cung (UtA-PI) và PAPP-A để dự báo TSG đồng thời việc theo dõi đến kết thúc thai kỳ cho thấy tỷ lệ TSG trong nhóm can thiệp aspirin liều thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng.^{1,8}

Tuy nhiên, thời gian gần đây, dự báo TSG-SG và điều trị dự phòng đang là vấn đề được quan tâm hàng đầu trong tiếp cận bệnh lý này. Với thực trạng bệnh lý TSG – SG còn nhiều băn khoăn về điều trị cũng như chưa có biện pháp dự báo và dự phòng được áp dụng cụ thể thì, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “Đánh giá hiệu quả dự phòng TSG-SG bằng aspirin liều thấp ở những thai phụ có nguy cơ cao tại bệnh viện phụ sản thành phố cần thơ năm 2020-2022”. Với câu hỏi được đặt ra là: “Tỷ lệ TSG-SG của nhóm thai phụ được dự phòng TSG-SG bằng Aspirin liều thấp tại Bệnh viện Phụ Sản thành phố Cần Thơ là bao nhiêu?”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Những thai phụ đến khám, sàng lọc tam cá nguyệt I xác định nguy cơ cao các rối loạn tăng huyết áp trong thai kỳ tại Bệnh viện Phụ Sản thành phố Cần Thơ.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Thai phụ ≥ 18 tuổi mang đơn thai, có kết quả sàng lọc nguy cơ cao rối loạn tăng huyết áp trong thai kỳ dựa theo phần mềm sàng lọc tiền sản sử dụng các thuật toán tính nguy cơ bản quyền của FMF. Được dự phòng aspirin liều thấp (aspirin 81mg 1 viên/ngày) và theo dõi cho đến khi kết thúc thai kỳ tại Bệnh viện Phụ Sản thành phố Cần Thơ.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Dị tật hình thái thai được phát hiện qua sàng lọc tam cá nguyệt I hoặc sẩy thai, thai chết trong tử cung mà nguyên nhân không phải do bệnh lý hoặc các biến chứng của TSG-SG.

- Mất dấu trong quá trình theo dõi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu từ tháng 1/2020 – 6/2022.

Cỡ mẫu: Tính bằng công thức ước lượng tỷ lệ với p là tỷ lệ ước đoán lấy $p=12,61\%$ -tỷ lệ rối loạn tăng huyết áp thai kỳ ở các thai phụ có nguy cơ cao được dự phòng aspirin liều thấp theo tác giả Cao Ngọc Thành (2015)¹. Lấy $d=0,05$. Dự kiến tỷ lệ mất mẫu là 10%. Ta được cỡ mẫu $n=187$. Trên thực tế thu được 210 mẫu.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện tất cả thai phụ thỏa điều kiện chọn mẫu.

Phương pháp thu thập số liệu: Thai phụ đã được sàng lọc rối loạn tăng huyết áp trong thai kỳ có kết quả nguy cơ cao được sử dụng aspirin liều thấp và theo dõi đến cuối thai kỳ. Kết quả thai kỳ được thu thập thông qua hồ sơ bệnh án. Đối với các trường hợp xuất hiện các rối loạn tăng huyết áp, được trực tiếp theo dõi, kết hợp hồ sơ bệnh án, ghi nhận tình trạng bệnh lý, diễn biến, các biến chứng và kết quả kết thúc thai kỳ cho mẹ và con.

Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu sẽ được xử lý bằng phần mềm thống kê Stata 14. So sánh các tỷ lệ tìm các đặc điểm có ý nghĩa thống kê dùng kiểm định χ^2 . Dùng hồi quy đơn biến kiểm soát các yếu tố gây nhiễu để tính OR hiệu chỉnh cho các biến số. Các phép kiểm định đều được thực hiện với khoảng tin cậy 95%.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Khi tiến hành sàng lọc nguy cơ rối loạn tăng huyết áp thai kỳ ở tam cá nguyệt I ghi nhận được 210 trường hợp sàng lọc có kết quả

là nguy cơ cao, dự phòng aspirin liều thấp và theo dõi đến khi kết thúc thai kỳ.

Bảng 1. Đặc điểm về dịch tễ học và tiền sử của đôi tượng nghiên cứu

	Đặc điểm	Tần số (n=210)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	≥35 tuổi	57	27,1
Nghề nghiệp	Nội trợ	48	22,9
	Làm nông	17	8,1
	Buôn bán	35	16,7
	Công nhân	28	13,3
	Văn phòng	55	26,2
	Khác	27	12,8
Dân tộc	Kinh	202	96,2
	Khơ-me	6	2,9
	Khác	2	0,9
Tiền thai	Con so	131	62,4
TS tăng huyết áp mạn	Có	5	2,4
TS đái tháo đường	Có	3	1,4
Hút thuốc	Có	5	2,4
Lupus ban đỏ	Có	3	1,4
TS sinh con dị tật	Có	3	1,4
TS mắc TSG	Có	4	1,9
BMI	Thừa cân	82	39,1
Phương pháp mang thai	Kích thích	8	3,8
Đái tháo đường thai kỳ	Có	16	7,6
PIGF		0,4	
Huyết áp trung bình		1,07	
UtA-PI		1,05	

Nhận xét: Các đôi tượng tham gia nghiên cứu có độ tuổi dưới 35 tuổi với tỷ lệ 72,9%,

Bảng 3. Liên quan về đặc điểm chung của đôi tượng nghiên cứu

Đặc điểm	TSG (n=27) (%)	Không TSG (n=183) (%)	OR	95%CI	p*	
≥ 35 tuổi	13 (48,1)	44 (24,1)	2,9	1,3 - 6,7	0,011	
Nghề nghiệp	Nội trợ	10 (37)	38 (20,8)	1	1	
	Làm nông	1 (3,8)	16 (8,7)	0,2	0 - 2	0,187
	Buôn bán	6 (22,2)	29 (15,9)	0,8	0,3 - 2,4	0,674
	Công nhân	2 (7,4)	26 (14,2)	0,3	0,1 - 1,4	0,131
	Văn phòng	6 (22,2)	49 (26,8)	0,5	0,2 - 1,4	0,172
	Khác	2 (7,4)	25 (13,6)	0,3	0,1 - 1,5	0,145
Dân tộc Khơ me	1 (3,7)	5 (2,7)	1,4	0,2 - 12,1	0,786	

(*): Logistic regression đơn biến

Bảng 4. Liên quan về đặc điểm tiền sử của đôi tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Nhóm TSG (n=27) (%)	Nhóm không TSG (n=183) (%)	OR	95% CI	p*
BMI ≥ 23 kg/m ²	17 (63)	65 (35,5)	3,1	1,3 - 7,1	P=0,008
Tiền thai Con rạ	12 (44,4)	67 (36,6)	1,4	0,6 - 3,1	P=0,43
Tăng huyết áp mạn	2 (7,4)	3 (1,6)	4,8	0,8 - 30,1	P=0,09
Đái tháo đường	2 (7,4)	1 (0,5)	14,6	1,3 - 166,5	P=0,031
Hút thuốc	2 (7,4)	3 (1,6)	4,8	0,8 - 30,1	P=0,094

ngành nghiệp chiếm chủ yếu trong nhóm đối tượng tham gia nghiên cứu là văn phòng với 26,2%, dân tộc Khơ me chiếm 2,9%. Về tiền thai, nhóm con so chiếm tỷ lệ là 62,4% cao hơn tỷ lệ con rạ là 37,6%. Tiền sử tăng huyết áp mạn, đái tháo đường, hút thuốc, lupus ban đỏ, sinh con dị tật, mắc TSG lần lượt là: 2,4%; 1,4%; 2,4%; 1,4%; 1,4%; 1,9%. BMI trong giới hạn bình thường chiếm đa số với tỷ lệ 50%. Mang thai tự nhiên chiếm đa số với 96,2%. Đặc điểm về tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ ghi nhận trong nghiên cứu là 7,6%. Giá trị trung vị và tứ phân vị của các đặc điểm nghiên cứu ghi nhận lần lượt là: PIGF: 0,4 (0,23-0,56), Huyết áp trung bình: 1,07 (1,02-1,13), Chỉ số xung động mạch tử cung: 1,05 (0,91-1,23) (MoM).

3.2. Kết cục thai kỳ của đôi tượng nghiên cứu

Bảng 2. Các dạng rối loạn tăng huyết áp trong thai kỳ

Các loại rối loạn tăng huyết áp	Tần số (n=210)	Tỷ lệ (%)
Tăng huyết áp mạn	3	1,4
Tăng huyết áp thai kỳ	5	2,4
TSG	25	11,9
TSG trên nền tăng huyết áp mạn	2	0,9

Nhận xét: Nhóm có rối loạn tăng huyết áp trong thai kỳ là 16,7%. Nhóm có rối loạn tăng huyết áp trong thai kỳ, TSG chiếm tỷ lệ cao nhất với 11,9%; tăng huyết áp mạn, tăng huyết áp thai kỳ, TSG trên nền tăng huyết áp mạn có tỷ lệ lần lượt là: 1,4%; 2,4%; 0,9%.

3.3. Các yếu tố liên quan

Lupus ban đỏ	1 (3,7)	2 (1,1)	3,5	0,1 - 39,8	P=0,315
Tiền sử TSG	1 (3,7)	3 (1,6)	2,3	0,2 - 23,0	P=0,476

(*): Logistic regression đơn biến

Bảng 5. Liên quan về đặc điểm thai kỳ lần này của đôi tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Nhóm TSG (n=27) (%)	Nhóm không TSG (n=183) (%)	OR	95% CI	P*
Phương pháp mang thai					
Kích thích	1 (3,7)	7 (3,8)	0,9	0,1 - 8,2	P=0,98
PIGF			2,9	0,82 - 10,0	P=0,097
HATB			753,3	13,2 - 42921,7	P=0,001
UtA-PI			1,7	0,4 - 8,7	P=0,495

(*): Logistic regression đơn biến

Nhận xét: Tuổi mẹ ≥ 35 , BMI ≥ 23 kg/m², tiền sử có đái tháo đường, huyết áp trung bình có liên quan đến tỷ lệ TSG p<0,05. Chưa ghi nhận liên quan của đặc điểm nghề nghiệp, dân tộc, tiền thai, tăng huyết áp mạn, hút thuốc, lupus ban đỏ, tiền sử TSG, phương pháp mang thai, PIGF, UtA-PI với tỷ lệ TSG (p> 0,05).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Rối loạn tăng huyết áp trong thai kỳ. Dựa theo khuyến cáo của Bộ Y tế trong Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản năm 2016, có sự tương đồng với các khuyến cáo mới như ACOG năm 2020 và Hướng dẫn sàng lọc và điều trị dự phòng TSG năm 2021^{9,10}. Trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận 35 trường hợp có rối loạn tăng huyết áp trong thai kỳ trong tổng số 210 đối tượng có nguy cơ cao được dự phòng aspirin liều thấp khi theo dõi đến cuối thai kỳ, chiếm tỷ lệ 16,7%. Trong đó tỷ lệ của tăng huyết áp mạn là 1,4%, tăng huyết áp thai kỳ là 2,4%, TSG là 11,9%, TSG trên nền tăng huyết áp mạn là 0,9%. Như vậy nhóm có TSG bao gồm nhóm có TSG trên nền tăng huyết áp mạn chiếm tỷ lệ 12,9%. Cao Ngọc Thành (2015) ghi nhận rối loạn tăng huyết áp trong thai kỳ là 12,61%, TSG là 8,11%¹; Trần Mạnh Linh (2020) ghi nhận tỷ lệ này là 19,57% và 12,31%⁸; Scazzocchio (2017) ghi nhận 6,25% trường hợp có TSG; Steve Caritis (1998) ghi nhận 18% trường hợp TSG; Li Lin (2022) tỷ lệ TSG là 16,8%. Tỷ lệ TSG ở dân số chung ở các nghiên cứu dao động trong khoảng 2-8%⁴. Dựa vào tiêu chuẩn chọn mẫu nghiên cứu hay định nghĩa nguy cơ cao của nhóm dự phòng aspirin liều thấp mà tỷ lệ TSG ở một số nghiên cứu có thể thay đổi. Theo Li Lin và cộng sự (2022) với tỷ lệ tăng huyết áp mạn là 51,9% có định nghĩa nguy cơ cao phát triển TSG trong thai kỳ là (a) có ít nhất 1 yếu tố nguy cơ cao bao gồm: tiền sử có TSG, đái tháo đường typ 1 hay typ 2, tăng huyết áp mạn tính; hay (b) có ít nhất 2 yếu tố nguy cơ trung bình bao gồm: BMI trước mang

thai ≥ 28 kg/m², tuổi ≥ 35 , tiền sử gia đình có mẹ hoặc chị, em gái bị TSG hay con so. Tác giả E. Scazzocchio và cộng sự (2017) không ghi nhận tỷ lệ tăng huyết áp mạn do nghiên cứu chọn mẫu tập trung dựa vào yếu tố nguy cơ chỉ số xung động mạch tử cung trung bình >bách phân vị thứ 95 và loại trừ các trường hợp có tăng huyết áp mạn trước đó, bệnh lý miễn dịch, thận hay bệnh lý về tim mạch.... Lisa M. Askie và cộng sự (2007) có tỷ lệ tăng huyết áp mạn là 17,46% với định nghĩa nhóm nguy cơ cao cho dự phòng TSG là có bệnh lý trước đó như bệnh lý thận, đái tháo đường, rối loạn miễn dịch, tăng huyết áp mạn hay bất thường thai kỳ lần này như đa thai, đơn thai.

Bảng 6. Tỷ lệ rối loạn tăng huyết áp của thai kỳ trong các nghiên cứu

Tên tác giả	Năm	Tỷ lệ rối loạn tăng huyết áp	Tỷ lệ TSG
Trong nước			
Chúng tôi	2020-2022	16,67	12,86
Trần Mạnh Linh ⁸	2020	19,57	12,31
Cao Ngọc Thành ¹	2015	12,61	8,11
Ngoài nước			
Li Lin	2022	-	16,8
E. Scazzocchio	2017	-	6,25
Steve Caritis	1998	-	18

Tỷ lệ sản phụ tham gia nghiên cứu có TSG không có dấu hiệu nặng và có dấu hiệu nặng lần lượt là 10% và 2,9%. Kết quả này có sự khác biệt khi so sánh với nghiên cứu của tác giả Trần Mạnh Linh (2020) là 7,97% và 4,35%⁸, nghiên cứu của tác giả Cao Ngọc Thành (2015) 3,6% và 1,8% và phân loại nhóm TSG không bao gồm nhóm TSG trên nền tăng huyết áp mạn¹, Scazzocchio (2017) ghi nhận tỷ lệ này là 5% và 1,25%.

4.2. Các yếu tố liên quan. Về yếu tố nguy cơ của mẹ có liên quan đến TSG: Trong nhóm TSG ghi nhận tuổi của mẹ ≥ 35 tuổi chiếm 48,1%, BMI trong 63% ≥ 23 kg/m², dân tộc

Kính với tỷ lệ 96,3%, nhóm nghề nghiệp chiếm nội trợ tỷ lệ là 37%, con so chiếm tỷ lệ 55,6%, mang thai tự nhiên chiếm tỷ lệ 96,3%, tiền sử tăng huyết áp mạn chiếm 7,4%, tiền sử đái tháo đường là 7,4%, tiền sử có hút thuốc là 7,4%, bệnh lupus ban đỏ và tiền sử mắc TSG ở thai kỳ lần trước là 3,7%.

Các yếu tố nguy cơ được đề cập liên quan đến rối loạn tăng huyết áp trong thai kỳ như tiền sử TSG (đặc biệt khi TSG có biến chứng nặng), đa thai, tăng HA mạn, đái tháo đường typ 1 hoặc 2, bệnh thận, bệnh tự miễn, thai con so, béo phì (BMI >30 kg/m²), tiền sử gia đình TSG, mẹ trên 35 tuổi, đặc điểm xã hội, tiền sử mang thai nhẹ cân, kết quả thai kỳ bất lợi, khoảng cách giữa 2 lần mang thai trên 10 năm^{9,10}. Khi đưa vào phân tích mỗi liên quan thì chúng tôi ghi nhận được nhóm đối tượng ≥35 tuổi, BMI ≥23 kg/m², tiền sử đái tháo đường liên quan với tỷ lệ TSG ở kết cục thai kỳ (p<0,05)

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ rối loạn tăng huyết áp của thai kỳ ở nhóm sản phụ có nguy cơ cao rối loạn tăng huyết áp thai kỳ được dự phòng aspirin liều thấp là 16,7%, trong đó TSG là 11,9%. Các yếu tố liên quan đến rối loạn tăng huyết áp trong thai kỳ được dự phòng bằng aspirin liều thấp là nhóm đối tượng có mẹ ≥ 35 tuổi, BMI ≥ 23 kg/m², tiền sử đái tháo đường liên quan với tỷ lệ TSG ở kết cục thai kỳ (p < 0,05).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cao Ngọc Thành, Trương Quang Huy và Võ

Văn Khoa, Đánh giá hiệu quả điều trị dự phòng bệnh lý tiền sản giật - sản giật bằng aspirin ở những thai phụ có nguy cơ cao, Tạp chí Phụ Sản. 2015; 13(3), tr. 47-53.

2. **World Health Organization**, WHO Recommendations for Prevention and Treatment of Pre-Eclampsia and Eclampsia. 2011: Geneva.
3. **Poon, L.C., et al.**, The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) initiative on pre-eclampsia: A pragmatic guide for first-trimester screening and prevention. International Journal of Gynaecology & Obstetrics, May 2019; 145 Supply 1: p. 1-33.
4. **The American College of Obstetricians and Gynecologists**, Gestational Hypertension and Preeclampsia. Obstetrics & Gynecology, 2020. 135(6): p. e237-e260.
5. **The National Institute for Health and Care Excellence guideline**, Hypertension in pregnancy: diagnosis and management, NICE, 2019.
6. **Magee, L.A., et al.**, Guideline No. 426: Hypertensive Disorders of Pregnancy: Diagnosis, Prediction, Prevention, and Management. Journal of Obstetrics & Gynaecology Canada, 2022. 44(5): p. 547-571 e1.
7. **Magee, L.A. and A. Pels**, Diagnosis, Evaluation, and Management of the Hypertensive Disorders of Pregnancy: Executive Summary. Journal of Obstetrics & Gynaecology Canada, 2014. 36(5): p. 416-438.
8. **Trần Mạnh Linh**, 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 văn tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế, Huế, 2020.
9. **Bộ Y tế**, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa, chủ biên, Hà Nội, 2015 tr. 29-34.
10. **The American College of Obstetricians and Gynecologists**, "Low-Dose Aspirin Use During Pregnancy", Obstetrics & Gynecology. 2018 132(1), pp. e44-e52.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT BẢO TỒN ĐƠN VỊ THẬN TRÊN Ở BỆNH NHÂN THẬN NIỆU QUẢN ĐÔI HOÀN TOÀN TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thị Mai Thủy^{1,2}, Nguyễn Phương Thảo³

TÓM TẮT

Thận niệu quản đôi (TNQĐ) hoàn toàn là một trong những dị tật thường gặp của hệ tiết niệu. Chẩn đoán trước sinh làm tăng khả năng bảo tồn đơn vị thận trên ở bệnh nhân thận niệu quản đôi được phẫu

thuật. Phẫu thuật bảo tồn gồm nhiều phương pháp như nối niệu quản – niệu quản, trồng niệu quản vào bàng quang, mở túi sa niệu quản. Việc lựa chọn kỹ thuật tùy thuộc vào đặc điểm hình thái của tổn thương. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật bảo tồn đơn vị thận trên ở bệnh nhân thận niệu quản đôi hoàn toàn tại Bệnh viện Nhi Trung ương. **Đối tượng và phương pháp:** Hồi cứu mô tả trên 61 bệnh nhân được phẫu thuật bảo tồn thận niệu quản đôi hoàn toàn tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 1/2018 đến tháng 6/2022. **Kết quả:** Phẫu thuật nối niệu quản – niệu quản 37/61 bệnh nhân (60,6%), kết quả tốt ở 97,3% trường hợp, trồng niệu quản vào bàng quang có 12/61 bệnh nhân (19,7%), kết quả tốt ở 91,7%, mở túi sa niệu quản có 12/61 (19,7%), kết quả tốt ở

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

²Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc Gia Hà Nội

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Mai Thủy

Email: nguyenthimai@yaho.com

Ngày nhận bài: 19.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2024

Ngày duyệt bài: 28.11.2024