

Sulfur 7% dạng kem. Sau 4 tuần điều trị, triệu chứng và các thương tổn cơ bản khỏi hoàn toàn là 100%. Kết quả sau 1 tuần điều trị ở nhóm bệnh nhân 36-60 tuổi có tỉ lệ đáp ứng cao nhất (36,1%); Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Võ Quang Đình.** (2010). "Bệnh ghẻ và nhiễm HIV trên người nghiện ma túy", Y học thực hành, 2(704), tr. 59-63.
2. **Trần Văn Hiếu.** (2022). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, soi tươi, một số yếu tố liên quan và đánh giá kết quả điều trị bệnh ghẻ bằng sulfur 5% tại bệnh viện trường Đại học y dược Cần Thơ và bệnh viện Da liễu thành phố Cần Thơ. Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II. Trường Đại học Y dược Cần Thơ.
3. **Huỳnh Như Huỳnh.** (2019). Đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị bệnh ghẻ bằng kem Scabio (lưu huỳnh 5%) tại phòng khám da liễu FOB năm 2018-2019. Tạp chí Y học Việt Nam. 2020. Tập 490, 18-20.
4. **Phạm Thị Minh Phương, Lương Thị Yến,** (2020). Thực trạng đặc điểm lâm sàng và dịch tễ bệnh ghẻ ở bệnh nhân đến khám tại Bệnh viện Da liễu Trung ương năm 2019-2020. Tạp chí Y học Dự phòng. 30(10), 164-171.
5. **Nguyễn Thị Lệ Uyên, Huỳnh Văn Bá, et al.** (2019). "Đặc điểm lâm - sàng và kết quả điều trị bệnh ghẻ bằng lưu huỳnh 5% dạng kem tại Bệnh viện Da Liễu Cần Thơ năm 2018". Tạp chí Y học Việt Nam. Tập 475, tháng 2, tr. số 182, tr. 18-21.
6. **Engelman D, Cantey PT, Marks M, et al.** (2019). The public health control of scabies: priorities for research and action, Lancet. 394(10192), 81-92. DOI: 10.1016/S0140-6736(19)31136-5.
7. **Engelman D, Yoshizumi J, Hay RJ, et al.** (2020). The 2020 International Alliance for the Control of Scabies Consensus Criteria for the Diagnosis of Scabies. The British journal of dermatology. 183(5), 808-820. DOI: 10.1111/bjd.18943.
8. **Goldstein BG, Goldstein AOJUWU.** (2020). Scabies: Epidemiology, clinical features, and diagnosis. 1-2.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ SẢN KHOA CỦA SẢN PHỤ TIỀN SẢN GIẬT TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thị Huyền Anh^{1,2}, Nguyễn Đình Ký¹,
Nguyễn Mạnh Thắng^{1,2}, Trương Thanh Hương^{1,3}, Lê Sỹ Dũng⁴

TÓM TẮT

Nghiên cứu cắt ngang mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả sản khoa trên 234 sản phụ được chẩn đoán tiền sản giật tại bệnh viện Phụ Sản Trung ương từ 1/2023 đến 11/2023. Kết quả ghi nhận 59,8% sản phụ được chẩn đoán tiền sản giật nặng, nhóm sản phụ < 35 tuổi chiếm đa số (73,9%). Phù là triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất (88,5%). Tỷ lệ giảm tiểu cầu, tăng men gan, tăng ure máu, và tăng creatinine máu lần lượt là 6,8%; 9,9%; 22,8%; và 9,8%. Về kết quả sản khoa, tuổi thai trung bình khi kết thúc thai nghén là $34,89 \pm 3,18$ tuần, hầu hết sản phụ được chỉ định mổ lấy thai (92,3%). Trong các biến chứng mẹ, suy thận, suy gan và hội chứng HELLP là 3 biến chứng thường gặp nhất với tỷ lệ lần lượt là 9,4%; 9% và 4,3%. Trong các biến chứng thai, đẻ non và thai chậm phát triển trong bụng tử cung là hai biến chứng thường gặp nhất với tỷ lệ lần lượt là

69,7% và 50%. **Từ khóa:** tiền sản giật, lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả sản khoa.

SUMMARY

CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS AND FETO-MATERNAL OUTCOMES OF PREGNANT WOMEN WITH PREECLAMPSIA AT THE NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

A cross-sectional study was conducted to describe clinical and laboratory characteristics and feto-maternal outcomes of 234 pregnant women diagnosed with preeclampsia at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology from January 2023 to November 2023. Severe preeclampsia was diagnosed in 59.8% of cases, and the majority of participants were under 35 years old (73.9%). Edema was the most common clinical symptom in 88.5% of cases. The prevalence of thrombocytopenia, elevated liver enzymes, elevated serum ure level, and elevated serum creatinine level were 6.8%, 9.9%, 22.8%, and 9.8%, respectively. Regarding feto-maternal outcomes, the mean gestational age at delivery was 34.89 ± 3.18 weeks, and most patients underwent cesarean section (92.3%). The most common maternal complications were acute kidney injury (9.4%), liver dysfunction (9%), and HELLP syndrome (4.3%), while the most frequently observed fetal complications were preterm birth (69.7%) and intrauterine growth restriction (50%).

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Phụ Sản Trung ương

³Trường Đại học Phenikaa

⁴Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Huyền Anh

Email: nguyenthihuyenanh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.6.2025

Ngày duyệt bài: 21.7.2025

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) là rối loạn thường gặp trong thai kỳ, gây ảnh hưởng đến 10% phụ nữ mang thai trên toàn thế giới.¹ THA trong thai kỳ gồm 4 thể: THA mạn tính, THA thai kỳ, tiền sản giật và tiền sản giật trên nền THA mạn tính. Trong đó, tiền sản giật (TSG) là thể thường gặp nhất với tỷ lệ ước tính khoảng 4 - 5% tổng số phụ nữ mang thai. TSG đặc trưng bởi sự xuất hiện của triệu chứng tăng huyết áp kèm theo protein niệu hoặc các triệu chứng lâm sàng liên quan đến tổn thương nhiều cơ quan do ảnh hưởng của TSG. Nếu không được phát hiện và điều trị sớm, TSG có thể gây ra nhiều biến chứng nghiêm trọng cho cả mẹ và thai nhi như suy gan, suy thận, hội chứng HELLP, đẻ non và thậm chí tử vong. Ở Mỹ, tỷ lệ tử vong mẹ do TSG là 7,4% trong khi tỷ lệ này ở các nước thu nhập thấp dao động trong khoảng 10 - 15%.² TSG gây tổn thương đa cơ quan với đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng biến đổi theo từng thể bệnh tạo ra những thách thức lớn trong việc phát hiện và xử trí sớm tiền sản giật. Hiện tại, chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả sản khoa của các sản phụ TSG. Nghiên cứu về kết quả sản khoa của bệnh lý này là hết sức cần thiết, giúp bác sĩ lâm sàng tiên lượng tốt hơn các biến chứng có thể xảy ra, từ đó đưa ra phương án điều trị phù hợp. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của các sản phụ tiền sản giật tại bệnh viện Phụ Sản Trung ương.
2. Đánh giá kết quả sản khoa của các sản phụ tiền sản giật tại bệnh viện Phụ Sản Trung ương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Các sản phụ đẻ tại bệnh viện Phụ Sản Trung ương (BVPSTU) được chẩn đoán TSG từ tháng 3/2023 đến tháng 11/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Sản phụ được chẩn đoán TSG theo hướng dẫn của Hiệp hội Sản phụ khoa Hòa Kỳ (ACOG) năm 2020.³
- Sau đẻ trong vòng 24 giờ.
- Độ tuổi trong khoảng 18 - 50 tuổi.
- Tuổi thai từ 22 - 41 tuần.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin.
- Sản phụ đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Loại trừ khỏi nghiên cứu các sản phụ có bệnh lý khác (bệnh thận, bệnh gan, bệnh tim mạch, bệnh thần kinh, bệnh nội tiết...).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

Phương pháp chọn mẫu: Lựa chọn mẫu thuận tiện, không xác suất: chọn tất cả các sản phụ được chẩn đoán là TSG đẻ tại BVPSTU trong thời gian nghiên cứu.

Phương pháp thu thập thông tin: Nghiên cứu viên sàng lọc tất cả sản phụ sau đẻ trong vòng 24 giờ đầu và lựa chọn các sản phụ đủ tiêu chuẩn tham gia vào nghiên cứu. Các sản phụ được giải thích về mục đích và các thông tin liên quan tới nghiên cứu và tự nguyện ký vào bản chấp thuận tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu viên thu thập thông tin theo bộ câu hỏi nghiên cứu dựa vào bệnh án, hỏi bệnh và khám lâm sàng.

Các biến số và chỉ số nghiên cứu:

- Tiền sản giật nhẹ được định nghĩa là khi HATT ≥ 140 mmHg và/hoặc HATTr ≥ 90 mmHg kèm theo protein niệu $\geq 0,3$ g/24 giờ hoặc protein niệu 1+ (mẫu thử ngẫu nhiên), xuất hiện sau tuần 20 của thai kỳ.
- Tiền sản giật nặng được định nghĩa là khi:
 - + HATT ≥ 160 mmHg và/hoặc HATTr ≥ 110 mmHg
 - + Tiểu cầu giảm $< 100.000/\text{mm}^3$
 - + Suy giảm chức năng gan: enzym gan tăng ≥ 2 lần so với bình thường, đau vùng hạ sườn phải hoặc đau thượng vị không đáp ứng với thuốc và loại trừ các nguyên nhân thực thể khác.
 - + Suy thận tiến triển: khi nồng độ creatinin huyết tương $> 1,1$ mg/dl hoặc tăng gấp đôi ở những người không có bệnh thận trước đó
 - + Phù phổi cấp
 - + Rối loạn thần kinh, thị giác: đau đầu, nhìn mờ
 - Rau bong non: rau bong trước khi thai sổ và có khối huyết tụ sau rau.
 - Phù phổi cấp: biểu hiện ho, khó thở, tím tái, nghe phổi có nhiều rale ẩm dâng nhanh như nước thủy triều.
 - Suy thận: trong nghiên cứu này chúng tôi chẩn đoán biến chứng suy thận dựa theo hướng dẫn của ACOG là khi xét nghiệm creatinin $> 98,1$ $\mu\text{mol/l}$.
 - Suy gan: trong nghiên cứu này chúng tôi chẩn đoán biến chứng suy gan dựa theo hướng dẫn của ACOG là khi xét nghiệm AST và ALT ≥ 70 UI/L.
 - Đẻ non: cuộc chuyển dạ xảy ra từ tuần thứ 22 đến trước tuần 37 của thai kỳ. Đẻ cực non là khi tuổi thai dưới 28 tuần.
 - Thai chậm phát triển trong tử cung (CPTTTC): là khi trẻ sinh ra có cân nặng dưới bách phân vị thứ 10 của biểu đồ phát triển cân

nặng thai nhi theo tuổi thai.

- Thai chết lưu: được ghi nhận khi sản phụ không thấy cử động thai và siêu âm không có hoạt động của tim thai.

- Tử vong sau sinh: tử vong thai nhi và trẻ sơ sinh trong vòng 7 ngày sau sinh.

Phân tích số liệu: Số liệu được thu thập và quản lý trên phần mềm REDCap. Số liệu được phân tích trên phần mềm SPSS 27.0. Các biến được biểu diễn dưới dạng phần trăm.

Đạo đức nghiên cứu: Đề cương nghiên cứu được thông qua Hội đồng y đức của Trường Đại học Y Hà Nội (Số 820/GCN-HĐĐĐNCYSH-ĐHYHN được thông qua ngày 08 tháng 03 năm 2023). Quy trình nghiên cứu được thông qua Hội đồng y đức của bệnh viện Phụ sản Trung ương.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm (n=234)		N (%)
Phân loại	TSG nhẹ	140 (59,8%)
	TSG nặng	94 (40,2%)
Tuổi mẹ	< 35 tuổi	173 (73,9%)
	≥ 35 tuổi	61 (26,1%)
	Trung bình: 30,74±6,09 (18-50)	
Chỉ số BMI	< 18,5 kg/m ²	39 (16,7%)
	18,5-22,9 kg/m ²	122 (52,1%)
	≥ 23 kg/m ²	73 (31,2%)
Số lần mang thai	Con so	138 (59,0%)
	Con ọc	96 (41,0%)
Tiền sử THA trong thai kỳ	Có	21 (9,0%)
	Không	213 (91,0%)
Tiền sử gia đình có THA	Có	78 (33,3%)
	Không	156 (66,7%)
Đa thai	Có	49 (20,9%)
	Không	185 (79,1%)
Đái tháo đường thai kỳ	Có	39 (16,7%)
	Không	195 (83,3%)

Trong 234 sản phụ TSG tham gia nghiên cứu, 140 sản phụ (59,8%) TSG nặng và 94 sản phụ (40,2%) TSG nhẹ. Tỷ lệ nhóm sản phụ < 35 tuổi cao gần gấp 3 lần nhóm sản phụ ≥ 35 tuổi (73,9% so với 26,1%). Phần lớn sản phụ (52,1%) có chỉ số BMI trong giới hạn bình thường (18,5 - 22,9 kg/m²). Tỷ lệ sinh con lần đầu trong nghiên cứu là 59%. Hầu hết sản phụ không có tiền sử THA trong thai kỳ (91,0%). Nghiên cứu ghi nhận 39 trường hợp mắc đái tháo đường thai kỳ (16,7%).

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm (n=234)		N (%)
Phù	Có	207 (88,5%)
	Không	27 (11,5%)

Đau đầu	Có	37 (15,8%)
	Không	197 (84,2%)
Nhìn mờ hoặc giảm thị lực đột ngột	Có	10 (4,3%)
	Không	224 (95,7%)
Đau thượng vị hoặc hạ sườn phải	Có	1 (0,4%)
	Không	233 (99,6%)
Huyết áp tâm thu (mmHg)	< 160	122 (52,1%)
	≥ 160	112 (48,9%)
	Trung bình: 157,53 ± 15,53 mmHg	
Huyết áp tâm trương (mmHg)	< 110	199 (85%)
	≥ 110	35 (15%)
	HA tâm trương trung bình: 99,46 ± 9,47 mmHg	
Protein niệu (g/l)	≥ 0,3	232 (99,1%)
	< 0,3	2 (0,9%)
	Trung bình: 4,81 ± 6,11	

Phù là triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất (88,5%). Tỷ lệ sản phụ có đau đầu và nhìn mờ lần lượt là 15,8% và 4,3%, chỉ có 1 sản phụ gặp triệu chứng đau thượng vị. Khi phân tích về chỉ số huyết áp: 48,9% có huyết áp tâm thu ≥ 160 mmHg (trung bình 157,53 ± 15,53 mmHg) và 15% có huyết áp tâm trương ≥ 110 mmHg (trung bình 99,46 ± 9,47 mmHg). Tỷ lệ protein niệu ≥ 0,3 g/l là 99,1%, giá trị protein niệu trung bình là 4,81 ± 6,11 g/L.

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm (n=234)		N (%)
Tiểu cầu (G/l)	< 100	16 (6,8%)
	≥ 100	218 (93,2%)
AST/ALT (UI/l)	≥ 70	21 (9,9%)
	< 70	213 (90,1%)
Creatinin (mg/dl)	≥ 1,1	23 (9,8%)
	< 1,1	211 (90,2%)
Ure (μmol/l)	> 6,7	51 (22,8%)
	≤ 6,7	183 (78,2%)
LDH (UI/l)	≥ 600	6 (2,6%)
	< 600	228 (97,4%)

Tỷ lệ giảm tiểu cầu (<100G/l) là 6,8%. 21 sản phụ (9,9%) có men gan tăng ≥ 2 lần so với bình thường. Tỷ lệ tăng ure và creatinin máu lần lượt là 22,8% và 9,8%.

Bảng 4. Kết quả sản khoa

Đặc điểm (n=234)		N (%)
Tuổi thai khi kết thúc thai nghén	< 28 tuần	4 (1,7%)
	28 - 37 tuần	159 (68%)
	≥ 37 tuần	71 (30,3%)
	Trung bình: 34,89 ± 3,18 tuần	
Phương pháp kết thúc thai nghén	Đẻ đường âm đạo tự nhiên	17 (7,3%)
	Đẻ đường âm đạo có can	1 (0,4%)

	thiệt		
	Mổ lấy thai	216 (92,3%)	
		TSG nhẹ (n=94)	TSG nặng (n=140)
Biến chứng mẹ	Sản giật	1 (1,1%)	2 (1,4%)
	Rau bong non	0 (0%)	4 (2,8%)
	Phù phổi cấp	0 (0%)	0 (0%)
	Suy gan	0 (0%)	21 (15%)
	Suy thận	0 (0%)	22 (15,7%)
	Hội chứng HELLP	0 (0%)	10 (7,1%)
	Tử vong mẹ	0 (0%)	0 (0%)
Biến chứng thai	Đẻ non	47 (50%)	116 (82,9%)
	Thai suy	11 (11,7%)	12 (8,6%)
	Thai CPTTTC	45 (47,9%)	72 (51,4%)
	Thai lưu	0 (0%)	6 (4,3%)
	Tử vong sau sinh	2 (2,1%)	15 (10,7%)

Phần lớn sản phụ (68%) kết thúc thai nghén ở tuổi thai 28 - 37 tuần, trong đó tỷ lệ đẻ cực non (<28 tuần) chiếm 1,7%. Mổ lấy thai là phương pháp kết thúc thai nghén chiếm tỷ lệ cao nhất (92,3%). Về biến chứng mẹ, suy gan và suy thận là thường gặp nhất với tỷ lệ lần lượt là 9,0% và 9,4%. Tất cả các biến chứng mẹ đều xảy ra trong nhóm TSG nặng. Về biến chứng thai, đẻ non và thai chậm phát triển trong tử cung (CPTTTC) chiếm tỷ lệ cao nhất với tỷ lệ lần lượt là 69,7% và 50,0%. Nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ tử vong sau sinh là 7,3%. Tỷ lệ đẻ non, thai lưu và tử vong sau sinh trong nhóm TSG nặng cao hơn đáng kể so nhóm TSG nhẹ (82,9% vs 50%; 4,3% vs 0%; 10,7% vs 2,1%).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ sản phụ TSG nặng là 59,8%. Tỷ lệ này cao hơn đáng kể so với nghiên cứu trước đó tại Bệnh viện Đa khoa Hà Đông năm 2021 (44,7%).⁴ Tuy nhiên, tỷ lệ TSG nặng trong nghiên cứu của chúng tôi lại thấp hơn kết quả được báo cáo tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội (76,8%).⁵ Sự chênh lệch này có thể lý giải do những khác biệt trong tiêu chuẩn chọn mẫu và mức độ nặng của bệnh: TSG nặng thường được theo dõi và điều trị tại bệnh viện tuyến trung ương hoặc bệnh viện tuyến cuối về sản phụ khoa như BVPSTU hoặc bệnh viện Phụ Sản Hà Nội, trong khi các bệnh viện tuyến dưới chủ yếu điều trị cho những trường hợp TSG nhẹ. Đặc biệt, nghiên cứu tại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội tập trung vào nhóm TSG nặng nên tỷ lệ ghi nhận cao hơn nghiên cứu của chúng tôi. Kết quả ở Bảng 1 cho thấy nhóm sản phụ dưới 35 tuổi chiếm đa số (73,9%), với độ tuổi trung bình $30,74 \pm 6,09$ (nhỏ nhất 18,

lớn nhất 50). Tỷ lệ này tương đồng với các nghiên cứu tại Việt Nam và trên thế giới. Nghiên cứu của Yang và cộng sự (2022) tại Trung Quốc cũng cho thấy tuổi trung bình của đối tượng tham gia nghiên cứu là $30,46 \pm 5,57$ tuổi.⁶ Như vậy, nghiên cứu của chúng tôi và một số nghiên cứu khác trên thế giới đều cho thấy độ tuổi trung bình của các sản phụ THA trong thai kỳ là 30 - 32 tuổi. Nghiên cứu của Poon đã chứng minh tuổi mẹ là một yếu tố nguy cơ của THA trong thai kỳ. Theo Poon và cộng sự, nguy cơ THA trong thai kỳ bắt đầu tăng từ sau tuổi 32 và tăng khoảng 4% mỗi năm.⁷ Bên cạnh đó, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 59% sản phụ mắc TSG mang thai lần đầu. Điều này có thể lý giải do mang thai lần đầu là yếu tố nguy cơ chính dẫn đến tình trạng không thích nghi trong hệ thống tuần hoàn của người mẹ, gây ra các biến chứng tim mạch trong đó có THA.

Trong các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng, THA là triệu chứng có giá trị nhất trong việc chẩn đoán và tiên lượng bệnh lý TSG. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: giá trị huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương trung bình lần lượt là $157,53 \pm 15,53$ mmHg và $99,46 \pm 9,47$ mmHg. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Kooffreh và Ekott (HATT trung bình $158,1 \pm 19,3$ mmHg, HATTtr trung bình $101,7 \pm 14,9$ mmHg).⁸ Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 88,5% sản phụ TSG có phù, các triệu chứng lâm sàng khác ít gặp hơn đau đầu (15,8%), nhìn mờ (4,3%), đau thượng vị (0,4%). Cơ chế bệnh sinh chủ yếu của TSG là do sự xâm lấn không hoàn toàn của tế bào nuôi vào nội mạc tử cung dẫn đến việc tái cấu trúc các tiểu động mạch xoắn thất bại, gây giảm tưới máu bánh rau. Thiếu máu cục bộ bánh rau gây thiếu oxy dẫn đến tăng tổng hợp và giải phóng các yếu tố vận mạch, kích hoạt phản ứng viêm hệ thống và đáp ứng miễn dịch. Yếu tố vận mạch và các chất sinh ra từ phản ứng viêm, đáp ứng miễn dịch gây rối loạn chức năng nội mô mạch máu mẹ. Sự suy giảm yếu tố tăng trưởng nội mô trong lớp tế bào biểu mô có chân (podocyte) ở thận làm giảm khả năng lọc của màng đáy và giảm mức lọc cầu thận, gây thoát protein ra nước tiểu. Ngoài ra, các gốc oxy tự do còn làm xuất hiện các đại thực bào chứa các chất béo đọng lại ở thành mạch, hoạt hoá hiện tượng đông máu nội mạch gây giảm số lượng tiểu cầu, tăng tính thấm mao mạch gây ra phù và xuất hiện protein niệu.

Về kết quả sản khoa, tuổi thai trung bình khi kết thúc thai nghén trong nghiên cứu của chúng tôi là $34,89 \pm 3,18$ tuần. Hầu hết sản phụ TSG

trong nghiên cứu kết thúc thai nghén bằng phương pháp mổ lấy thai (92,3%). Tỷ lệ này tương tự với kết quả được báo cáo trong các nghiên cứu trước đó tại Việt Nam. Tuy nhiên, tỷ lệ mổ lấy thai trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với các nghiên cứu khác trên thế giới. Năm 2023, nghiên cứu của Xavier và cộng sự trên 501 sản phụ TSG tại Brazil cho thấy tỷ lệ mổ lấy thai là 70,45%.⁹ Sự chênh lệch về tỷ lệ mổ lấy thai giữa các nghiên cứu có thể lý giải do sự khác biệt trong tiêu chuẩn lựa chọn, mức độ nặng của bệnh và phác đồ xử trí THA trong thai kỳ tại mỗi quốc gia. Thực tế, tất cả sản phụ gặp biến chứng sản giật hoặc hội chứng HELLP trong nghiên cứu của chúng tôi đều được kết thúc thai nghén bằng phương pháp mổ lấy thai. Theo hướng dẫn của Sibai và cộng sự, sự xuất hiện của SG và hội chứng HELLP là một chỉ định để kết thúc thai nghén nhưng không phải chỉ định để mổ lấy thai. Quyết định mổ lấy thai cần dựa trên tuổi thai, tình trạng thai, sự xuất hiện của chuyển dạ và điểm Bishop cổ tử cung. Các biến chứng phổ biến ở sản phụ TSG bao gồm suy thận (9,4%), suy gan (9%) và hội chứng HELLP (4,3%), trong khi không có ca phù phổi cấp hay tử vong nào được ghi nhận. Khi so sánh với một số nghiên cứu gần đây trên thế giới, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ đẻ non (69,7%) và thai CPTTTC (50%) tại BVPSTƯ cao hơn số liệu được báo cáo trong nghiên cứu của Syoum (2022).¹⁰ Điều này có thể lý giải là do tuổi thai khi kết thúc thai nghén trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Syoum và cộng sự. Tuy nhiên, điều quan trọng cần nhấn mạnh là tỷ lệ thai chết lưu, tỷ lệ tử vong chu sinh và tỷ lệ biến chứng mẹ trong nghiên cứu của chúng tôi cũng thấp hơn so với các nghiên cứu trước đó. Điều này cho thấy việc phát hiện sớm và đưa ra các biện pháp can thiệp kịp thời như đình chỉ thai nghén trong trường hợp bệnh diễn biến nặng có thể góp phần giảm tỷ lệ thai chết lưu và tử vong chu sinh, cũng như dự phòng nguy cơ xảy ra các kết quả bất lợi cho sản phụ.

V. KẾT LUẬN

Tại BVPSTƯ, sản phụ TSG nặng chiếm tỷ lệ 59,8%, trong đó phần lớn sản phụ có độ tuổi dưới 35 (73,9%). Phù là triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất (88,5%). Tỷ lệ giảm tiểu cầu, tăng men gan, và tăng creatinin máu lần lượt là 6,8%; 9,9%; và 9,8%. Về kết quả sản khoa, hầu hết sản phụ được chỉ định mổ lấy thai (92,3%). Trong các biến chứng mẹ, suy thận, suy gan và hội chứng HELLP là 3 biến chứng thường gặp

nhất với tỷ lệ lần lượt là 9,4%; 9% và 4,3%. Trong các biến chứng thai, đẻ non và thai CPTTTC là hai biến chứng thường gặp nhất với tỷ lệ lần lượt là 69,7% và 50%.

VI. LỜI CẢM ƠN

Nhóm tác giả xin trân trọng cảm ơn Chương trình học bổng đào tạo thạc sĩ, tiến sĩ trong nước của Quỹ Đổi mới sáng tạo Vingroup (VINIF), mã số VINIF.2024.TS.054

VII. CAM KẾT KHÔNG XUNG ĐỘT LỢI ÍCH

Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích liên quan đến nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Folk DM.** Hypertensive Disorders of Pregnancy: Overview and Current Recommendations. *J Midwifery Womens Health.* 2018;63(3):289-300. doi:10.1111/jmwh.12725
2. **Duley L.** The Global Impact of Pre-eclampsia and Eclampsia. *Semin Perinatol.* 2009;33(3):130-137. doi:10.1053/j.semperi.2009.02.010
3. **Gestational Hypertension and Preeclampsia: ACOG Practice Bulletin,** Number 222. *Obstet Gynecol.* 135(6):p e237-e260. doi:10.1097/AOG.0000000000003891
4. **Phạm VT, Nguyễn QT, Phùng TL.** 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.* 2021;19(1):30-37. doi:10.46755/vjog.2021.1.1181
5. **Nguyễn TTH, Đỗ TD, Phan THT.** Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của thai phụ tiền sản giật có dấu hiệu nặng tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội. *Tạp Chí Học Việt Nam.* 2024;538(1). doi:10.51298/vmj.v538i1.9315
6. **Yang Y, Xie Y, Li M, et al.** Characteristics and fetal outcomes of pregnant women with hypertensive disorders in China: a 9-year national hospital-based cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2022;22(1):924. doi:10.1186/s12884-022-05260-3
7. **Poon LCY, Kametas NA, Chelemen T, Leal A, Nicolaides KH.** Maternal risk factors for hypertensive disorders in pregnancy: a multivariate approach. *J Hum Hypertens.* 2010;24(2):104-110. doi:10.1038/jhh.2009.45
8. **Kooffreh M, Ekott M, Ekpoudom D.** The prevalence of pre-eclampsia among pregnant women in the University of Calabar Teaching Hospital, Calabar. *Saudi J Health Sci.* 2014;3(3):133. doi:10.4103/2278-0521.142317
9. **Xavier IM, Simões ACZ, de Oliveira R, et al.** Maternal-fetal outcomes of women with hypertensive disorders of pregnancy. *Rev Assoc Médica Bras.* 69(6):e20230060. doi:10.1590/1806-9282.20230060
10. **Syoum FH, Abreha GF, Teklemichael DM, Chekole MK.** Fetomaternal Outcomes and Associated Factors among Mothers with Hypertensive Disorders of Pregnancy in Suhul Hospital, Northwest Tigray, Ethiopia. *J Pregnancy.* 2022;2022:6917009. doi:10.1155/2022/6917009