

#### IV. KẾT LUẬN

Kết quả thị lực của phẫu thuật Phaco trên mắt đã lasik điều trị tật khúc xạ ở thời điểm 3 tháng ở mức tốt và đạt chiếm 76,9%. Thị lực chính kính tối đa  $\geq 20/50$  là 69,2%, khúc xạ tồn dư trong khoảng  $\pm 1,0D$  là 80,7%.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Krueger RR, Seiler T, Gruchman T, et al.** Stress wave amplitudes during laser surgery of the cornea. *Ophthalmology* 2001;108:1070-4.
2. **Mansour AM, Ghabra M.** Cataractogenesis after Repeat Laser in situ Keratomileusis. *Case Rep Ophthalmol* 2012;3:262-5.
3. **Abdelkawi SA, Ghoneim DF, Atoat W, et al.** 193 nm ArF excimer laser and the potential risk for cataract formation. *Journal of Applied Sciences Research* 2010;6:796-805.
4. **Costagliola C, Balestrieri P, Fioretti F, et al.** Arf 193nm excimer laser corneal surgery and photo-oxidation stress in aqueous humor and lens

- of rabbit: one-month follow-up. *Curr Eye Res* 1996;15:355-61.
5. **Müller-Stolzenburg N, Schröder S, Helfmann J, et al.** Fluorescence behavior of the cornea with 193 nm excimer laser irradiation. *Fortschr Ophthalmol* 1990;87:653-8.
  6. **Xiao-Zhen Wang, Rui Cui, Xu-Dong Song.** Comparison of the accuracy of intraocular lens power calculation formulas for eyes after corneal refractive surgery. *Ann Transl Med.* 2020 Jul;8(14):871. doi: 10.21037/atm-20-4624.
  7. **Daizong Wen, MD; Jinjin Yu, MD; Zhenhai Zeng, MD.** Network Meta-analysis of No-History Methods to Calculate Intraocular Lens Power in Eyes with Previous Myopic Laser Refractive Surgery. *J Refract Surg.* 2020 Jul 1;36(7):481-490. doi: 10.3928/1081597X-20200519-04.
  8. **Trần Thị Phương Thu và cộng sự (2007).** Đánh giá kết quả thị lực và độ nhạy cảm tương phản trên bệnh nhân đặt kính AcrySof ReSTOR tại bệnh viện mắt tp. Hồ Chí Minh. *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, 11(3), 35-41.

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN MẮC HỘI CHỨNG HELLP TẠI TRUNG TÂM CẤP CỨU BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Anh Tuấn<sup>1</sup>, Nguyễn Hải Quyết<sup>2</sup>

#### TÓM TẮT

Hội chứng HELLP bao gồm các triệu chứng tan máu, tăng men gan và giảm tiểu cầu (tên viết tắt tiếng Anh của H = Haemolysis, EL = Elevated Liver enzymes, LP = Low Platelets) là một thể nặng của tiền sản giật gây nguy hiểm cho thai nhi và sản phụ. Nếu không chẩn đoán và xử trí kịp thời có thể dẫn đến biến chứng nguy hiểm như tử vong thai nhi thậm chí cả mẹ. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu hồi cứu trên 29 bệnh nhân điều trị tại khoa Cấp cứu bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2018 đến tháng 8/2020 để tổng kết quá trình điều trị và đánh giá kết quả xử trí cấp cứu của nhóm bệnh nhân này. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ con chết là 13,7%, tỷ lệ con sống là 86,3 %. 100% bệnh nhân được đình chỉ thai nghén với tỉ lệ mổ lấy thai là 65,5%. Ba phần tư bệnh nhân được truyền máu và khoảng 10% bệnh nhân phải lọc máu liên tục. Tử vong của sản phụ là 6,9%; tỷ lệ khỏi ra viện là 93,1%. Việc xử trí nhanh chóng, kịp thời với các trường hợp được chẩn đoán là hội chứng HELLP, chuyển đến các đơn vị điều trị đặc biệt để theo dõi sát, làm giảm tỷ lệ biến chứng cũng như tỷ lệ tử vong cho cả bà mẹ và thai nhi. **Từ khóa:** hội chứng HELLP

#### SUMMARY

#### THE RESULT OF TREATMENT PATIENTS WITH HELLP SYNDROME AT BACH MAI HOSPITAL EMERGENCY CENTER

HELLP syndrom include the letter of Hemolysis, Elevated Liver enzyme and Low platelets is a serious complication of the pregnancy. If the diagnosis and treatment is inappropriate, the mother and baby may die in the progression. We designed the review study on 29 cases of HELLP at ED in Bachmai hospital from 2018-2020 to evaluated the outcome of those patients. The result demonstrated the birth death rate was 13.7%. All of the patient need gestation cesarean. Third-fourth number of patient needed blood infusion with the rate of hemodialysis was 10%. The overall mother death rate was 6.9%. The early recognition and properly treatment at the special unit (as in an ICU) would reduce the mortality rate among the group.

**Keywords:** HELLP syndrome,

#### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng HELLP bao gồm các triệu chứng tan máu, tăng men gan và giảm tiểu cầu (tên viết tắt tiếng Anh của H = Haemolysis, EL = Elevated Liver enzymes, LP = Low Platelets) là một thể nặng của tiền sản giật gây nguy hiểm cho thai nhi và sản phụ. Nếu không chẩn đoán và xử trí kịp thời có thể dẫn đến biến chứng nguy hiểm như tử vong thai nhi thậm chí cả mẹ<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Trung tâm cấp cứu A9 - Bệnh viện Bạch mai

<sup>2</sup>Bệnh viện Giao thông vận tải

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Anh Tuấn

Email: Bstuanccbm@gmail.com

Ngày nhận bài: 30.8.2022

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2022

Ngày duyệt bài: 28.10.2022

Trung tâm Cấp cứu A9, Bệnh viện Bạch Mai là nơi tiếp nhận và điều trị các bệnh sản khoa có biến chứng nặng từ các bệnh viện chuyên ngành chuyển đến. Các bệnh nhân hội chứng HELLP ở thể nhẹ có thể được chuyển đến theo dõi và điều trị tại chuyên khoa tiêu hóa, tuy nhiên hầu hết các bệnh nhân đều ở trong tình trạng nặng, cần sự phối hợp điều trị của nhiều chuyên khoa, trong đó có việc mổ lấy thai khẩn cấp và tập trung hồi sức cho mẹ. Kết quả điều trị chung của nhóm bệnh nhân này vẫn chưa được tổng kết đầy đủ.

Để góp phần vào công tác chẩn đoán và điều trị thành công hội chứng HELLP, chúng tôi tập trung đánh giá việc chẩn đoán sớm, thái độ xử trí kịp thời và tổng kết lại quá trình điều trị nhằm phục vụ công tác nghiên cứu khoa học.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu mô tả hồi cứu. Kết quả điều trị tập trung vào phân tích các biến chứng và các biện pháp điều trị với mẹ và kết cục của thai nhi bao gồm:

### Đối với mẹ

- Phương pháp đình chỉ thai nghén: Mổ lấy thai, Gây chuyển dạ

- Điều trị nội khoa: Truyền khối hồng cầu, huyết tương tươi đông lạnh, rửa lạnh, tiểu cầu, lọc máu ngắt quãng, lọc máu liên tục, thay huyết tương (plasma exchange therapeutic), thuốc hạ áp, magnesium sulfat, corticosteroids

- Các biến chứng: Tử vong, rau bong non,

+ Suy gan cấp: sự tiến triển của tổn thương gan cấp với bệnh não gan và suy giảm chức năng tổng hợp của gan (INR  $\geq$  1,5) trên bệnh nhân không có xơ gan hay bệnh gan mạn tính từ trước<sup>2</sup>.

+Tổn thương thận cấp: theo tiêu chuẩn KDIGO<sup>3</sup>:

• Tăng creatinine huyết thanh  $\geq$  0,3 mg/dL (26,5 mmol/l) trong 48h, hoặc

• Tăng creatinine huyết thanh  $\geq$  1,5 lần mức nền (mức nền của bệnh nhân trong vòng 7 ngày gần nhất), hoặc

• Thê tích nước tiểu  $<$  0,5 ml/kg/h trong 6h

+ Chảy máu: gồm chảy máu bao gan, chảy máu trong nhu mô gan (xác định bằng siêu âm, chụp cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ tăng trên ổ bụng), chảy máu não (chụp cắt lớp vi tính sọ não).

+ Sản giật: khi có co giật.

+ Suy tim và phù phổi

+DIC: điểm DIC  $\geq$  5 theo ISTH (International Society of Thrombosis and Hemostasis)

### Đối với thai nhi

- Đẻ non: thai  $<$  38 tuần theo tiêu chuẩn của

tổ chức y tế thế giới.

- Thai chậm phát triển trong tử cung: Dựa vào cân nặng và tuổi thai lúc sinh đối chiếu với biểu đồ phát triển theo tuổi thai. Thai có cân nặng nằm dưới bách phân thứ 10 tương ứng với tuổi thai.

- Thai chết trong tử cung: siêu âm không thấy tim thai

- Thai chết ngay sau sinh

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 3.1. Đặc điểm tuổi mẹ trong nghiên cứu**

	Đặc điểm	Số lượng	%
Tuổi sản phụ	$\leq$ 19	2	6,9
	20-24	4	13,8
	25-29	11	37,9
	30-34	7	24,1
	35-39	5	17,2
	Tổng	29	100
	Tuổi mẹ trung bình	27,76 $\pm$ 5,17	

**Nhận xét:** Lứa tuổi hay gặp từ 25-29 chiếm tỷ lệ 37,9%. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 27,76  $\pm$  5,17.

**Bảng 3.2. Các chỉ số sinh hóa về chức năng thận trong hội chứng HELLP**

	Đặc điểm	Số đối tượng	Tỷ lệ (%)
Creatinin ( $\mu$ mol/L)	$\leq$ 106	14	48,3
	106	15	51,7
	Tổng	29	100,0
Ure ( $\mu$ mol/L)	$\leq$ 6,6	11	37,9
	$>$ 6,6	18	62,1
	Tổng	29	100,0

**Nhận xét:** - Tỷ lệ creatinine huyết thanh  $>$  106 $\mu$ mol/L là 51,7%, trong đó mức creatinine cao nhất là 778,0 $\mu$ mol/L.

- Tỷ lệ ure huyết thanh  $>$  6,6 $\mu$ mol/L là 62,1%, trong đó mức ure huyết thanh cao nhất là 44,0 $\mu$ mol/L.

**Bảng 3.3. Các can thiệp sản khoa theo các thể HELLP**

	Tổng	HELLP toàn phần		HELLP từng phần		p
		n	%	n	%	
Mổ lấy thai	19	7	36,8	12	63,2	0,589
Gây chuyển dạ đẻ thường	10	4	40,0	6	60,0	
<b>Tổng</b>	<b>29</b>	<b>11</b>	<b>37,9</b>	<b>18</b>	<b>62,1</b>	

**Nhận xét:** Có 19 trường hợp phải mổ lấy thai, chiếm tỷ lệ 65,52%, không có sự khác biệt

giữa phương pháp đình chỉ thai nghén giữa các thể HELLP ( $p=0,589$ ).

**Bảng 3.4. Biến chứng của hội chứng HELLP cho sản phụ**

Biến chứng	N	Tỷ lệ (%)	Tỷ lệ số ca (%)
Rau bong non	1	1,9	3,4
Suy gan cấp	12	22,6	41,4
Tổn thương thận cấp	14	26,4	48,3
Xuất huyết dưới bao gan	1	1,9	3,4
DIC	13	24,5	44,8
Suy tim và phù phổi	3	5,7	10,3
Sản giật	5	9,4	17,2
Không có biến chứng	4	7,5	13,8
<b>Tổng</b>	<b>53</b>	<b>100,0</b>	<b>182,8</b>

**Nhận xét:** Biến chứng hay gặp nhất ở sản phụ là tổn thương thận cấp, chiếm tỷ lệ 48,3%, lệ suy gan cấp là 41,4%, DIC là 44,8%. Chỉ có 17,2% số trường hợp có biến chứng sản giật.

**Bảng 3.5. Phương pháp điều trị**

Phương pháp điều trị	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Tỷ lệ số ca (%)
Truyền khối hồng cầu	21	23,1	72,4
Truyền huyết tương	15	16,5	51,7
Truyền tiểu cầu	13	14,3	44,8
Truyền tửa lạnh	15	16,5	51,7
Lọc máu ngắt quãng	2	2,2	6,9
Lọc máu liên tục	4	4,4	14,8
Thay huyết tương (PEX)	7	7,7	24,1
Thuốc hạ áp	9	9,9	17,2
Magie sulfat	5	5,5	17,2
Corticoid	0	0	0
<b>Tổng</b>	<b>91</b>	<b>100,0</b>	<b>313,8</b>

**Nhận xét:** Truyền khối hồng cầu chiếm tỷ lệ cao nhất với 72,4%. Tỷ lệ sản phụ phải lọc máu ngắt quãng là 6,9%, thay huyết tương là 24,1%.

**Bảng 3.6. Kết quả điều trị**

Kết quả điều trị	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Khỏi	27	93,1
Tử vong	2	6,9
<b>Tổng</b>	<b>29</b>	<b>100,0</b>

**Nhận xét:**

- Tỷ lệ sản phụ khỏi bệnh chiếm 93,1%.
- 2 trường hợp tử vong chiếm tỷ lệ 6,9%.

#### IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu hội chứng HELLP trước hết nhằm hệ thống lại cơ chế bệnh sinh, là vấn đề đang được tập trung nghiên cứu nhằm làm sáng tỏ bệnh lý mà trước nay vẫn là thách thức trong

chăm sóc sức khỏe bà mẹ nói riêng cũng như hệ thống cấp cứu ban đầu nói chung. Từ đó đưa ra tiêu chuẩn chẩn đoán thống nhất, tránh bỏ sót cũng như giúp tiên lượng điều trị sản phụ và thai nhi một cách chính xác. Trong nghiên cứu của chúng tôi tuổi trung bình của thai phụ là  $27,76 \pm 5,17$ , thấp nhất là 17 tuổi, cao nhất là 37 tuổi. Độ tuổi hay gặp nhất là 25-29, chiếm tỷ lệ 37,9%.

Creatinin: Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 15 trường hợp có mức creatinine  $>106$  micromol/l, chiếm tỷ lệ 51,7%, tuy nhiên chỉ có 14 sản phụ có biến chứng tổn thương thận cấp (theo KDIGO), do có 1 sản phụ có bệnh lý thận mạn tính phát hiện từ trước.

Nghiên cứu của Ngô Văn Tài có 18 trên 312 sản phụ có mức creatinine  $>106$  micromol/l, chiếm tỷ lệ 5,6% và làm tăng nguy cơ suy thận cấp lên 12,6 lần. Nghiên cứu của Selcuk<sup>4</sup> năm 2000 trong số 35,9% trường hợp tổn thương thận cấp có 17,9% trường hợp phải lọc máu ngắt quãng, số còn lại chức năng thận được phục hồi sau khi đình chỉ thai nghén.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 6 sản phụ, tương đương 42,9% số sản phụ bị tổn thương thận cấp, phải tiến hành chạy thận nhân tạo bằng phương pháp lọc máu ngắt quãng (2 trường hợp) và lọc máu liên tục (4 trường hợp), số còn lại chức năng thận phục hồi dần và trở về bình thường sau đợt điều trị.

Ure máu: Tỷ lệ ure huyết thanh  $>6,6$  mmol/l là 62,1%, trong đó mức ure cao nhất là 44,0, là một trong hai sản phụ có chỉ định lọc máu ngắt quãng để điều trị thay thế thận do tổn thương thận cấp.

**Phương pháp đình chỉ thai nghén.** Trong tất cả hồ sơ nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các thai phụ trong nghiên cứu đều được đình chỉ thai nghén ngay sau khi có chẩn đoán. Nhìn chung các hồ sơ nghiên cứu đều ghi nhận tình trạng bệnh tương đối nặng, bắt đầu ảnh hưởng đến các cơ quan, hệ thống khác nhau, nên quyết định đình chỉ thai nghén nhanh chóng được đưa ra.

Tỷ lệ mổ lấy thai là 65,5%, không có sự khác biệt giữa 2 nhóm HELLP toàn phần và HELLP từng phần. Tác giả Martin và Gul A<sup>5</sup> đưa ra lựa chọn đình chỉ thai nghén cấp cứu hay có thể trì hoãn tùy thuộc vào hoàn cảnh như sau:

- Đình chỉ thai nghén ngay khi phát hiện hội chứng HELLP ở tuổi thai trên 34 tuần.
- Đình chỉ thai nghén trì hoãn trong vòng 48 giờ nếu tình trạng sản phụ và thai nhi ổn định để có thể dùng thuốc trưởng thành phổi có tác dụng.

Tỷ lệ mổ lấy thai ở nghiên cứu của chúng tôi

tương tự như một số nghiên cứu của các tác giả khác, của Gokhan<sup>6</sup> là 65%, Cetin Celik là 64%.

#### **Phương pháp điều trị nội khoa**

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các sản phụ khi được áp dụng các biện pháp điều trị nội khoa nhằm mục đích kiểm soát huyết áp với thuốc hạ áp uống hoặc truyền tĩnh mạch, Magie sulfat để dự phòng hoặc điều trị sản giật. Không có trường hợp nào được dùng Corticoid cho mục đích điều trị (không phải mục đích làm trưởng thành phổi do đã thực hiện ở tuyến dưới trước khi đình chỉ thai nghén). Nghiên cứu của Trịnh Thị Thanh Huyền cho thấy có 38,3% sản phụ được điều trị liệu pháp Corticoid giúp trưởng thành phổi cho thai nhi, hạn chế suy hô hấp ở trẻ sinh non. Chế độ điều trị được khuyến cáo là betamethasone 12mg tiêm bắp cách nhau 24h. Trên thế giới có những nghiên cứu về chế độ liều corticoid lặp lại, có thể kéo dài đến 3 ngày sau sinh, tuy nhiên không có lợi ích trong dài hạn khi sử dụng liệu pháp corticosteroids lặp lại, trong khi có thể làm tăng tỷ lệ tử vong, hạn chế phát triển thai nhi và gây suy thượng thận.

Như vậy trong nghiên cứu của chúng tôi, các sản phụ nhập viện đều trong tình trạng nặng, được chỉ định đình chỉ thai nghén ngay, hoặc là đã được đình chỉ thai nghén trước đó.

Ngoài ra còn sử dụng máu và các chế phẩm máu, các phương pháp lọc máu ngoài cơ thể cũng như thay huyết tương.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ truyền máu hay các chế phẩm máu là 79,3%, trong đó tỷ lệ truyền hồng cầu cao nhất là 72,4%, tỷ lệ truyền tiểu cầu là 44,8% (một bệnh nhân có thể sử dụng nhiều chế phẩm máu trong đợt điều trị).

**Điều trị thay huyết tương trong hội chứng HELLP.** Tỷ lệ bệnh nhân được thay huyết tương là 24,1%, với 7 bệnh nhân, trong đó 2 bệnh nhân tử vong.

Mehmet Ali Erkurt nghiên cứu về điều trị thay huyết tương như là điều trị cứu mạng trong HELLP<sup>7</sup> trên 21 sản phụ mắc HELLP độ 1 theo phân loại Mississippi, cho thấy sự giảm có ý nghĩa chỉ số Bilirubin toàn phần, LDH, AST và ALT, và sự tăng số lượng tiểu cầu có ý nghĩa. Trong nghiên cứu này, tác giả đã tiến hành thay huyết tương theo tỷ lệ 1:1 về thể tích thay thế, các chỉ số về huyết học và sinh hóa được theo dõi và đánh giá trước và sau khi can thiệp. Nghiên cứu này chỉ ra có sự giảm xuống có ý nghĩa thống kê của các chỉ số Bilirubin toàn phần, LDH, AST và ALT, trong khi số lượng tiểu cầu tăng lên có ý nghĩa cũng được ghi nhận. Mức

tăng hemoglobin sau thay huyết tương là không có ý nghĩa.

Kết luận của nghiên cứu này chỉ ra rằng điều trị thay huyết tương (Therapeutic plasma exchange) trong vòng 24h là can thiệp điều trị hiệu quả, mang tính cứu mạng trong hội chứng HELLP độ 1. Tác giả cũng đề nghị theo dõi sự tăng lên của số lượng tiểu cầu và sự giảm xuống của chỉ số LDH để theo dõi đáp ứng điều trị với thay huyết tương của HELLP.

#### **Điều trị ghép gan ở bệnh nhân HELLP.**

Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có bệnh nhân nào được điều trị ghép gan. Ở Việt Nam theo ghi nhận cũng chưa có trường hợp nào hội chứng HELLP được chỉ định ghép gan, có thể do bệnh cảnh cấp tính, nặng nề, tình trạng bệnh nhân không đủ điều kiện để thực hiện, hoặc do sự phổ biến của ghép gan ở Việt Nam chưa được triển khai rộng rãi, đại trà, cũng như nguồn cung gan từ người hiến tạng còn rất khan hiếm. Trên thế giới cũng chưa có nghiên cứu nào một cách hệ thống về tỷ lệ ghép gan ở hội chứng HELLP cũng như tỷ lệ khỏi, tỷ lệ bệnh tật, tử vong.

Phần lớn những trường hợp vỡ gan ở bệnh nhân HELLP gặp ở sản phụ đa thai trên 30 tuổi. Đến năm 2005, theo Brian<sup>8</sup> mới chỉ có 9 trường hợp ghép gan trên sản phụ mắc hội chứng HELLP được báo cáo.

Theo kết quả của mạng lưới về cơ sở dữ liệu hiến ghép tạng (the United Network for Organ Sharing database), từ tháng 11 năm 1987 đến tháng 11 năm 2003 có 8 trường hợp được ghép gan từ người hiến tạng tình nguyện, 6 trong 8 bệnh nhân trên sống sót sau ghép gan, 2 bệnh nhân tử vong trong vòng 1 tháng. Trong số bệnh nhân sống sót có 2 trường hợp cần ghép lại gan.

Tác giả Brian<sup>8</sup> cũng báo cáo trường hợp ghép gan, là một sản phụ 37 tuổi, thai lần thứ tư, 37,5 tuần thai, có các triệu chứng của hội chứng HELLP và có tình trạng hoại tử 90% thùy gan phải, bệnh nhân này bắt đầu tiến triển rối loạn đông máu nặng mặc dù đã được truyền các chế phẩm máu. Bệnh nhân còn xuất hiện ngừng tim trong khoảng 5-8 phút và được hồi sinh tim phổi, sau cấp cứu ngừng tuần hoàn có tái lập trở lại, bệnh nhân được đưa vào phòng mổ với chẩn đoán vỡ gan, và được phẫu thuật cầm máu, hút máu tụ trong ổ bụng. Bệnh nhân sau đó được thực hiện ghép gan từ người cho tình nguyện, được lọc máu ngắt quãng liên tục trong thời gian 1 tuần sau ghép gan, thay huyết tương 5 lần. Bệnh nhân ổn định ra viện sau 25 ngày ghép gan với chức năng gan, chức năng thận trở về bình thường.

**Biến chứng với thai nhi của những thai phụ mắc hội chứng HELLP.** Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ thai nhi bình thường là 51,7%, tỷ lệ thai nhi tử vong là 13,7%, kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu của Turki Gasem<sup>6</sup> với tỷ lệ tử vong của thai nhi là 20%. Như vậy tỷ lệ các biến chứng liên quan đến thai nhi gặp tỷ lệ rất cao,

bao gồm chết chu sinh, chết lưu, đẻ non và nhẹ cân, là 49,3%, cho thấy tiên lượng cho con là rất xấu ngay cả khi đã có chẩn đoán cũng như điều trị thích hợp. Tỷ lệ này cho thấy rằng việc điều trị hội chứng HELLP cho cả mẹ và con để có được kết cục tốt vẫn là thách thức lớn.

#### **Biến chứng của hội chứng HELLP**

**Bảng 4.1. So sánh tỷ lệ biến chứng của sản phụ với các tác giả khác**

Tác giả	Tổn thương thận cấp (%)	Suy gan cấp (%)	Truyền máu (%)	Rau bong non (%)	DIC (%)	Suy tim – phù phổi (%)	Xuất huyết (%)	Tử vong (%)
Haddad B <sup>1</sup>	5	6	22	10	8	7	0	0
Sabri C <sup>17</sup>	15	52	23	11	8	-	-	5
Turki Gasem <sup>10</sup>	9,1	7,2	36,4	36,4	31,8	9,1	18,2	0
Gokhan Y <sup>11</sup>	20,5	20,8	12,5	12,6	9,2	8,3	2	1,4
N.A.T	48,3	41,4	72,4	3,4	44,8	10,3	3,4	6,9

Như vậy có sự khác biệt giữa tỷ lệ biến chứng giữa các nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ suy gan cấp, tổn thương thận cấp, phải truyền máu, DIC cao hơn các nghiên cứu của các tác giả nước ngoài. Nguyên nhân do bệnh nhân vào khoa Cấp cứu bệnh viện Bạch Mai thường trong tình trạng nặng, vượt quá khả năng điều trị của bệnh viện tuyến dưới, cũng như việc thiếu hụt các chế phẩm máu dẫn đến việc phải chuyển bệnh nhân lên tuyến trên để điều trị.

Tỷ lệ biến chứng rau bong non của chúng tôi rất thấp, 3,4%, chỉ với 1 trường hợp. Có lẽ do biến chứng này có thể xử lý và theo dõi tại các bệnh viện chuyên khoa sản mà không cần phải chuyển đến trung tâm hồi sức.

#### **V. KẾT LUẬN**

- Tỷ lệ con chết là 13,7%, tỷ lệ con sống là 86,3 %.
- Tỷ lệ đình chỉ thai nghén là 100%, trong đó mổ lấy thai là 65,5%
- Tỷ lệ truyền máu và các chế phẩm là 79,3%, tỷ lệ lọc máu ngắt quãng là 6,9%, lọc máu liên tục là 14,8%, thay huyết tương là 24,1%
- Tỷ lệ điều trị magie sulfat là 17,2%.
- Tỷ lệ tổn thương thận cấp là 48,3%, suy gan cấp là 41,4%, DIC là 44,8%, xuất huyết dưới bao gan là 3,4%.
- Tỷ lệ tử vong của sản phụ là 6,9%; tỷ lệ khỏi là 93,1%.

Có thái độ xử trí nhanh chóng, kịp thời với các trường hợp được chẩn đoán là hội chứng HELLP, chuyển đến các đơn vị điều trị đặc biệt để theo dõi sát, giảm tỷ lệ biến chứng cũng như tỷ lệ tử vong cho cả bà mẹ và thai nhi.

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. **Sibai BM.** Diagnosis and Management of HELLP Syndrome Complicated by Liver Hematoma. Clin Obstet Gynecol. 2017;60(1):190.
2. **EASL.** EASL Clinical Practical Guidelines on the management of acute (fulminant) liver failure. J Hepatol. 2017;66(5):1047.
3. **KDIGO Clinical Practice Guideline for Acute Kidney Injury.** Kidney Int Suppl. 2012;2(Suppl 1):8.
4. **Selcuk NY ea.** Outcome of pregnancies with HELLP syndrome complicated by acute renal failure. Renal Failure. 2000;22(3):319-327.
5. **Martin JN Jr ea.** Pregnancy complicated by preeclampsia-eclampsia with the HELLP syndrome: how rapid is post partum recovery. Obstet Gynecol. 1990;76:737-741.
8. **Taylor FB ea.** Towards definition, clinical and laboratory criteria, and a scoring system for disseminated intravascular coagulation. Thromb Haemost. 2001;86(5):1327-30.
6. **Gokhan Yildirim ea.** HELLP syndrome: 8 years of experience from Tertiary referral center in Western Turkey. Hypertension in Pregnancy. 2010;1-11.
7. **Mehmet Ali Erkurt ea.** A life-saving therapy in Class I HELLP syndrome: Therapeutic plasma exchange. Transfusion and Apheresis Sciece. 2015.
8. **Brian D. Shames ea.** Liver Transplantation for HELLP Syndrome. Liver Transplantation. 2005; 11(2):224-228.