

kháng sinh hợp lý dựa theo kết quả kháng sinh đồ là cần thiết để hạn chế kháng thuốc.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chu Thị Hải Yến và cộng sự** (2014). Khảo sát tỉ lệ đề kháng kháng sinh của vi khuẩn phân lập tại bệnh viện cấp cứu Trưng Vương. Tạp chí Y học TP. HCM, tập 18, số 5, trang 75-82.
2. **Đinh Thị Xuân Mai, Đặng Nguyễn Đoàn Trang** (2017). Khảo sát tình hình sử dụng kháng sinh và đề kháng kháng sinh tại bệnh viện Đa khoa khu vực Củ Chi. Tạp chí Y học TP. HCM, tập 21, số 5, trang 214-220.
3. **European Centre for Disease Prevention and Control** (2018). Surveillance of antimicrobial resistance in Europe 2017. Annual Report of the European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net).
4. **Lê Huy Thạch và cộng sự** (2014). Đặc điểm đề kháng kháng sinh của các vi khuẩn gây bệnh thường gặp tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Thuận năm 2020. Tạp chí Y học TP. HCM, tập 25, số 1, trang 178-185.
5. **Lê Thị Kim Hương, Nguyễn Đỗ Phúc** (2014). Khả năng đề kháng kháng sinh của một số vi khuẩn thường gặp ở bệnh nhân nhiễm trùng tại bệnh viện Đa khoa khu vực Thủ Đức. Tạp chí Y học TP. HCM, tập 18, phụ bản của số 6, trang 326-331.
6. **Lê Thủy Dương và cộng sự** (2019). Sự đề kháng kháng sinh của trực khuẩn gram âm gây bệnh thường gặp tại bệnh viện Quân Y 175. Tạp chí Y học TP. HCM, tập 23, số 2, trang 93-99.
7. **Mai Nguyệt Thu Huyền, Nguyễn Đình Duy và Nguyễn Hữu Lâm** (2018). Các vi khuẩn thường gặp và tính đề kháng kháng sinh của chúng tại bệnh viện Phạm Ngọc Thạch từ 11/2016 - 11/2017. Tạp chí Y học TP. HCM, tập 22, số 5, trang 196-200.

## NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA 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 là một biến chứng nặng trong sản khoa. Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành nhằm đánh giá tình trạng lâm sàng và kết quả xét nghiệm của bệnh nhân có hội chứng HELLP vào khoa Cấp cứu A9, Bệnh viện Bạch Mai. Đề tài nghiên cứu hồi cứu được tiến hành trong 2 năm trên 29 bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng HELLP thu được kết quả: Tỷ lệ hội chứng HELLP toàn phần là 62,1%, các sản phụ mang thai con ra là 69,0%. Tuổi sản phụ hay gặp nhất là 25-29 tuổi, chiếm tỷ lệ 37,9% với tiền sử mắc tiền sản giật / sản giật là 23,3%. Tuổi thai khi được chẩn đoán hội chứng này gặp nhiều nhất là thai  $\geq 38$  tuần, chiếm tỷ lệ 44,8%. Triệu chứng lâm sàng phổ biến nhất là phù chiếm tỷ lệ 65,5%, đau vùng gan chiếm tỷ lệ 34,5%, tăng huyết áp là 51,7%. Các xét nghiệm hóa sinh: tiểu cầu  $\leq 50000/\text{mm}^3$  chiếm 31%, AST  $\geq 70$  U/L chiếm 69%, ALT  $\geq 70$  U/L chiếm 75,9%. Các kết quả này có ý nghĩa quan trọng trong điều trị và tiên lượng nhóm bệnh nhân này.

**Từ khóa:** hội chứng HELLP, tiền sản giật.

### SUMMARY

#### CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH HELLP SYNDROME AT BACH MAI HOSPITAL EMERGENCY CENTER

<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: 5.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2022

Ngày duyệt bài: 1.11.2022

HELLP syndrome is a severe complication of the pregnant women. We conducted the study to evaluate the clinical manifestation and the laboratory test of the HELLP patient who presented to the ED at Bachmai hospital. In 2 year we collected the data in 29 patients with the confirmed diagnosis of HELLP. The result showed the total HELLP syndrome was 62,1 %, the second time of pregnancy was 69%. The average age of the patient was 25-29, one-third of them had the history of eclampsia. We found 44,8% patient had more than 38 week of gestational age. The most common symptom was edema 65.5%, pain on right quadrant was 34.5%, hypertensive 51.7%. The labs showed 31% had platelet count under  $50.000/\text{mm}^3$ , liver enzyme elevated on 70%. Those findings have play the important role and significant impact to the treatment and prognosis of the group patient.

**Keywords:** HELLP syndrome, preeclampsia.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng HELLP (Hemolysis, Elevated Liver Enzyme Levels and Low Platelet Levels) là tên viết tắt của một hội chứng đặc trưng bởi tan máu với mảnh vỡ hồng cầu, tăng men gan và giảm tiểu cầu. Hội chứng này có thể là một thể nặng của tiền sản giật, tuy nhiên mối liên quan giữa hai thực thể này vẫn còn tranh cãi.

Mối liên quan giữa tiền sản giật với các triệu chứng tan máu, tăng enzymes gan, giảm tiểu cầu đã được biết đến và bàn luận từ lâu. Weinstein mô tả lần đầu tiên năm 1982 với tên gọi: HELLP (H = Haemolysis, EL = Elevated Liver enzymes, LP = Low Platelets) syndrome, như là một biến thể hay là biến chứng của tiền sản giật nặng.

Trong khoảng 70% số trường hợp, hội chứng HELLP gặp ở giai đoạn trước sinh tương ứng với tuổi thai từ 27-37 tuần, 10% trước tuần 27, và 20% sau 37 tuần<sup>1</sup>. Cơ chế bệnh sinh chưa xác định rõ, với biểu hiện bệnh đa dạng, dễ nhầm lẫn với các bệnh khác, diễn biến nhanh và gây nguy hiểm cho tính mạng cả mẹ và thai nhi.

Trung tâm Cấp cứu A9 là tuyến cuối của cả nước, nơi tiếp nhận các bệnh nhân có biến chứng nặng từ các bệnh viện phụ sản. Tổng kết đặc điểm lâm sàng và kết quả xét nghiệm của những bệnh nhân có hội chứng HELLP sẽ có ý nghĩa vô cùng to lớn cho việc chẩn đoán và điều trị thành công nhóm bệnh lý này.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân.** Tất cả các sản phụ vào viện qua Cấp Cứu A9 bệnh viện Bạch Mai, có đặc điểm phù hợp với tiêu chuẩn chẩn đoán hội chứng HELLP theo Tennessee<sup>2</sup> từ tháng 1/2018 – 8/2020.

**Tiêu chuẩn loại trừ.** Có các bệnh lý kèm theo: bệnh gan mạn tính, ban xuất huyết giảm tiểu cầu, lupus ban đỏ hệ thống đã được xác định.

Các tình trạng shock khác: shock nhiễm khuẩn, shock mất máu.

**Thiết kế nghiên cứu.** Phương pháp nghiên cứu mô tả hồi cứu, dựa trên hồ sơ bệnh án của các sản phụ được chẩn đoán hội chứng HELLP tại trung tâm Cấp Cứu Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2018 đến tháng 8/2020.

### Tiêu chuẩn chẩn đoán hội chứng HELLP

- Tiêu chuẩn chẩn đoán hội chứng HELLP theo Sibai dựa vào phân loại Tennessee<sup>2</sup> bao gồm các đặc điểm:

+ Tan máu: có ít nhất 2 tiêu chuẩn sau:

Mảnh vỡ hồng cầu trên tiêu bản máu ngoại vi

• Bilirubin  $\geq 1,2$  mg/dL (20,52 micromol/L)

• Giảm haptoglobin ( $\leq 25$  mg/dL) hoặc lactate dehydrogenase (LDH)  $\geq 2$  lần giới hạn trên

Thiếu máu nặng, không liên quan đến mất máu

+ Tăng enzym gan: trên 2 lần giới hạn trên.

+ Tiểu cầu giảm  $< 100$  G/L

- Phân loại hội chứng HELLP: hội chứng HELLP từng phần và hội chứng HELLP đầy đủ<sup>2</sup>:

○HELLP từng phần (không điển hình, không đủ): có một hoặc hai triệu chứng của hội chứng HELLP (trong 3 triệu chứng)

○HELLP toàn phần: có cả 3 triệu chứng của HELLP: tan máu, tăng enzym gan, giảm tiểu cầu

- Tiêu chuẩn thiếu máu theo các quý thai kỳ: theo WHO và hiệp hội sản phụ khoa Mỹ (ACOG) 3:

+ Quý đầu thai kỳ: Hemoglobin  $< 11g/l$  (tương đương hematocrit  $< 33\%$ )

+ Quý hai thai kỳ: Hemoglobin  $< 10,5$  g/l (tương đương hematocrit  $< 32\%$ )

+ Quý ba thai kỳ: Hemoglobin  $< 10,5-11g/l$  (tương đương hematocrit  $< 33\%$ )

+ Hậu sản: Hemoglobin  $< 10$  g/l (tương đương hematocrit  $< 30\%$ )

## 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.

### Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của hội chứng HELLP.

#### Các đặc điểm về phía mẹ

- Tỷ lệ mẹ sinh con so / con rạ

### Bảng 3.2. Đặc điểm thứ tự lần sinh

Số con	Số trường hợp	Tỷ lệ (%)
Con so	9	31,0
Con rạ	20	69,0

**Nhận xét:** tỷ lệ con rạ gặp trong hội chứng HELLP cao hơn con so (69% so với 31%)

### Bảng 3.3. Tiền sử sản khoa của sản phụ

Tiền sử	N	%
Bình thường	18	60,0
Tiền sản giật/sản giật	7	23,3
Thai chết lưu	1	3,3
Sảy thai	2	6,7
Đẻ non	2	6,7
<b>Tổng</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Tỷ lệ sản phụ có tiền sử sản khoa bình thường chiếm tỷ lệ 60%, tiền sử bệnh lý sản khoa hay gặp nhất là tiền sản giật/sản giật với tỷ lệ 23,3%.

### Bảng 3.4. Phân loại hội chứng HELLP

Phân loại	N	%
HELLP toàn phần	18	62,1
HELLP một phần	11	37,9
<b>Tổng</b>	<b>29</b>	<b>100,0</b>

**Nhận xét:** Tỷ lệ hội chứng HELLP toàn phần chiếm tỷ lệ 62,1%

### Bảng 3.5. Triệu chứng cơ năng

Triệu chứng	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Tỷ lệ trên số ca (%)
Phù	19	41,3	65,5

Đau vùng gan	10	21,7	34,5
Vàng da	8	17,4	27,6
Đau đầu	4	8,7	13,8
Nôn, buồn nôn	4	8,7	13,8
Nhìn mờ	1	2,2	3,4
<b>Tổng</b>	<b>46</b>	<b>100</b>	<b>158,6</b>

**Nhận xét:-** Triệu chứng phù chiếm tỷ lệ cao nhất với 65,5% tổng số sản phụ.

- Triệu chứng nhìn mờ chiếm tỷ lệ thấp nhất với tỷ lệ 3,4%.

**Bảng 3.6. Đặc điểm huyết áp của hội chứng HELLP**

Đặc điểm lâm sàng		N	%
Tăng huyết áp	Bình thường	10	34,6
	Độ 1 (140-159 mmHg)	15	51,7
	Độ 2 160-179 mmHg)	3	10,3
	Độ 3 ( $\geq$ 180 mmHg)	1	3,4
<b>Tổng</b>	<b>29</b>	<b>100</b>	

**Nhận xét:-** Có 10 sản phụ không có triệu chứng tăng huyết áp lúc vào viện, chiếm tỷ lệ 34,6%.

Tỷ lệ tăng huyết áp độ 1 là cao nhất với 51,7%.

Tăng huyết áp độ 3 chiếm tỷ lệ nhỏ nhất với 3,4%.

**Bảng 3.7. Đặc điểm protein niệu hội chứng HELLP**

Protein niệu		Số đôi tượng	Tỷ lệ (%)
	Am tính	6	20,7
< 3g/l	17	58,6	
$\geq$ 3 g/l	6	20,7	
<b>Tổng</b>	<b>29</b>	<b>100,0</b>	

**Nhận xét:** Protein niệu chủ yếu là < 3g/l, chiếm tỷ lệ 58,6%. Tỷ lệ protein niệu âm tính là 20,7%.

**Bảng 3.8. Đặc điểm tiểu cầu và Bilirubin trong hội chứng HELLP**

Đặc điểm		N	%
Tiểu cầu (G/l)	Độ 1: Tiểu cầu $\leq$ 50	9	31,0
	Độ 2: Tiểu cầu 50-100	8	27,6
	Độ 3: Tiểu cầu 100-150	12	41,4
	<b>Tổng</b>	<b>29</b>	<b>100,0</b>
Bilirubin ( $\mu$ mol/L)	$\leq$ 20	8	27,6
	> 20	21	72,4
	<b>Tổng</b>	<b>29</b>	<b>100,0</b>

**Nhận xét:-** Số lượng tiểu cầu từ 100-150 G/l chiếm tỷ lệ 41,4%

- Số lượng tiểu cầu trung bình là  $81,10 \pm 44,6$

- Tỷ lệ số bệnh nhân có bilirubin toàn phần > 20  $\mu$ mol/L là 72,4%

- Bilirubin TP trung bình là  $118,49 \pm 121,05$ .

**Bảng 3.9. Đặc điểm Enzym gan trong hội**

**chứng HELLP**

Đặc điểm		Số đôi tượng	Tỷ lệ (%)
AST (U/L)	< 70	9	31,0
	$\geq$ 70	20	69,0
	<b>Tổng</b>	<b>29</b>	<b>100,0</b>
ALT (U/L)	< 70	7	24,1
	$\geq$ 70	22	75,9
	<b>Tổng</b>	<b>29</b>	<b>100,0</b>

**Nhận xét:** Tỷ lệ bệnh nhân có AST  $\geq$  70 U/L là 69,0%, cao nhất là 5965,6 U/L, ALT  $\geq$  70 U/L là 75,9%, cao nhất là 2236,6 U/L

**Bảng 3.10. Xét nghiệm mảnh vỡ hồng cầu trong hội chứng HELLP**

Mảnh vỡ hồng cầu	Số đôi tượng	Tỷ lệ (%)
Có	9	31,0
Không	20	69,0
<b>Tổng</b>	<b>29</b>	<b>100,0</b>

**Nhận xét:** Tỷ lệ thai phụ có xét nghiệm mảnh vỡ hồng cầu dương tính là 31% với 9 trường hợp.

**IV. BÀN LUẬN**

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%. So sánh với các nghiên cứu khác

**Đặc điểm lâm sàng.** Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ sản phụ sinh con rạ là 69,0%, con so là 31,0%. Tỷ lệ này cao hơn các nghiên cứu khác, như của Trịnh Thị Thanh Huyền là 53,9% ở con rạ và 46,1% ở con so<sup>4</sup>, cũng cao hơn so với một số nghiên cứu trên thế giới: Gokhan Yildirim<sup>5</sup> trên 303 sản phụ mắc hội chứng HELLP, có 54,1% là mang thai con rạ, 45,9% mang thai con so.

**Tiền sử sản khoa của sản phụ:** Theo bảng 3.2 có 18 sản phụ có tiền sử sản khoa bình thường, chiếm tỷ lệ 60,0%, tiền sử sản khoa hay gặp nhất là tiền sản giật/sản giật chiếm tỷ lệ 23,3% với 7 trường hợp. Tỷ lệ này cũng tương đương với nghiên cứu của Haddad với tỷ lệ tiền sản giật gặp ở sản phụ mắc hội chứng HELLP là 20%<sup>6</sup>. Điều này cũng phù hợp với các nghiên cứu về yếu tố nguy cơ của hội chứng HELLP và tiền sản giật là một trong những yếu tố nguy cơ thường gặp nhất.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, theo bảng 3.5, triệu chứng cơ năng hay gặp nhất là phù, gặp ở 19 sản phụ, chiếm tỷ lệ 65,5% tổng số trường hợp, thứ hai là đau vùng gan, chiếm tỷ lệ 34,5%. Triệu chứng vàng da chiếm tỷ lệ 27,6%.

Tỷ lệ các triệu chứng theo các nghiên cứu

Tác giả	Phù (%)	Đau vùng gan (%)	Đau đầu (%)	Nhìn mờ (%)	Nôn – buồn nôn (%)
Turki Gasem	70,3	65,5	48,4	43,8	40,6
Gokhan Yildirim		52,9	45,9	15,2	13,4
Petronella	83	68	44	19	48
NAT	65,5	34,5	13,8	3,4	13,8

Tỷ lệ phù chiếm cao nhất tương tự như các nghiên cứu của các tác giả khác, tuy một số tác giả cho rằng nó ít có giá trị trong tiên lượng tiền sản giật và hội chứng HELLP. Triệu chứng đau vùng gan chiếm tỷ lệ nhiều thứ hai, cũng tương tự các nghiên cứu khác, cho thấy nó là dấu hiệu có ý nghĩa trong định hướng chẩn đoán hội chứng HELLP.

Tỷ lệ gặp tăng huyết áp độ 1 chiếm đa số với 51,7%, độ 3 chỉ có 1 trường hợp, chiếm tỷ lệ 3,4%.

Huyết áp tâm thu trung bình là  $138,8 \pm 17,0$ , thấp hơn nhiều so với các nghiên cứu khác. Nghiên cứu của Gokhan có chỉ số huyết áp tâm thu trung bình là  $163,5 \pm 23,4^5$ , nghiên cứu của Celik là  $161,6 \pm 26$ .

Có thể thấy rằng trong các nghiên cứu của các tác giả nước ngoài, thai phụ được quản lý thai nghén cũng như theo dõi huyết áp cẩn thận, cho nhập viện sớm do đó chỉ số huyết áp phản ánh giai đoạn đầu của bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi các sản phụ nhập viện với các dấu hiệu sinh tồn nặng nề, bắt đầu có tổn thương chức năng tạng, như tổn thương gan, thận cấp, ảnh hưởng đến hô hấp, huyết động, do đó chỉ số huyết áp lúc nhập viện của thai phụ cũng thay đổi, hoặc đã được kiểm soát huyết áp bằng thuốc ở các bệnh viện tuyến dưới trước khi chuyển đến.

**Số lượng tiểu cầu.** Bảng 3.8 cho thấy nhóm tiểu cầu 100-150 chiếm tỷ lệ cao nhất là 41,4%, nhóm có tiểu cầu thấp  $\leq 50$  là 31,0%.

Tỷ lệ nhóm có tiểu  $\leq 50$  cũng tương tự nghiên cứu của Gokhan Yildirim <sup>5</sup> là 35,6%.

Trường hợp có số lượng tiểu cầu nhỏ nhất là 16, sản phụ nhập viện có tình trạng DIC nặng, đã được bù cả 4 loại chế phẩm máu là hồng cầu, huyết tương tươi đông lạnh, tủa lạnh và tiểu cầu gan tách. Theo tác giả Haddad<sup>6</sup>, số lượng tiểu cầu giảm dưới 50000 làm tăng nguy cơ biến chứng chảy máu, rối loạn động máu gấp 5 lần, nguy cơ rau bong non gấp 2 lần

Như vậy số lượng tiểu cầu có ý nghĩa rất quan trọng trong tiêu chuẩn chẩn đoán, phân loại và tiên lượng bệnh

Tỷ lệ bệnh nhân có  $AST \geq 70U/L$  là 69% tương ứng với 20 trường hợp, trong đó chỉ số AST cao nhất là 5965,6 U/L,  $ALT \geq 70U/L$  là

75,9% tương ứng với 22 trường hợp, cao nhất là 2236,6 U/L.

Theo nghiên cứu của Gokhan Yildirim<sup>5</sup>, giá trị AST cao nhất là 1800 U/L, giá trị ALT cao nhất là 920 U/L, như vậy giá trị của chúng tôi cao hơn. Theo Cetin Celik <sup>7</sup> năm 2003, giá trị AST cao nhất là 2100, giá trị ALT cao nhất là 1523 U/L.

Trường hợp sản phụ có chỉ số AST và ALT cao nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là sản phụ sau mổ thai 35 tuần, bị biến chứng vỡ gan, đã phải can thiệp nút mạch gan để cầm máu, cho thấy rằng tổn thương gan ở sản phụ này rất nặng nề, và cũng là trường hợp duy nhất bị biến chứng vỡ gan trong nghiên cứu của chúng tôi.

Số thai phụ có chỉ số bilirubin toàn phần máu  $> 20$  micromol/l là 21, chiếm tỷ lệ 72,4%, trong đó chỉ số cao nhất là 395,9 micromol/l.

Trường hợp này có biến chứng suy gan cấp, đã được thực hiện biện pháp điều trị thay huyết tương (PEX: plasma exchange) nhiều lần không có kết quả, bệnh nhân tiếp tục hôn mê sâu và đã tử vong.

Chỉ số bilirubin cấu thành tiêu chuẩn chẩn đoán của HELLP và có ý nghĩa trong phân loại hội chứng HELLP. Trong nghiên cứu của chúng tôi, giá trị bilirubin toàn phần trung bình là  $118,49 \pm 121,05$ , cao hơn của Cetin Celik <sup>7</sup> là  $87,2 \pm 64,9$ . Có thể nguyên nhân là do nhóm bệnh nhân của chúng tôi nặng hơn, tình trạng tan máu hay tổn thương gan nhiều hơn.

Xét nghiệm mảnh vỡ hồng cầu là rất quan trọng trong chẩn đoán tan máu, khi mà có những trường hợp không được làm đầy đủ xét nghiệm để đánh giá tan máu cho bệnh nhân. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ sản phụ có mảnh vỡ hồng cầu trên tiêu bản máu ngoại vi là 31%, tương ứng với 9 trường hợp.

## V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ hội chứng HELLP toàn phần là 62,1%.
- Tỷ lệ mang thai con rạ là 69,0%.
- Tuổi sản phụ hay gặp nhất là 25-29 tuổi, chiếm tỷ lệ 37,9%.
- Tiền sử mắc tiền sản giật/sản giật là 23,3%.
- Tuổi thai gặp nhiều nhất là  $\geq 38$  tuần thai, chiếm tỷ lệ 44,8%.
- Triệu chứng lâm sàng phổ biến nhất là phù

chiếm tỷ lệ 65,5%, đau vùng gan chiếm tỷ lệ 34,5%.

- Tăng huyết áp độ 1 (140-159 mmHg) chiếm tỷ lệ cao nhất là 51,7%.

- Các xét nghiệm hóa sinh: tiểu cầu  $\leq 50000/\text{mm}^3$  chiếm 31%, AST  $\geq 70\text{U/L}$  chiếm 69%, ALT  $\geq 70\text{U/L}$  chiếm 75,9%

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. **Sibai BM.** Maternal morbidity and mortality in 442 pregnancies with hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets (HELLP syndrome). . Am J Obstet Gynecol. 1993;169:1000-1006.  
 2. **Sibai BM.** Diagnosis and Management of HELLP Syndrome Complicated by Liver Hematoma. Clin Obstet Gynecol. 2017;60(1):190.

3. **WHO.** WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. World Health Organization. Luxembourg. 2016.  
 4. **Huyền TTT.** Nghiên cứu hội chứng HELLP ở những thai phụ bị tiền sản giật tại bệnh viện phụ sản trung ương trong 10 năm (2001 - 2010): Luận văn thạc sỹ y học, Trường đại học Y Hà Nội; 2011.  
 5. **Gokhan Yildirim ea.** HELLP syndrome: 8 years of experience from Tertiary referral center in Western Turkey. Hypertension in Pregnancy. 2010;1-11.  
 6. **Haddad B, Barton JR, Livingston JC, Chahine R, Sibai BM.** Risk factors for adverse maternal outcomes among women with HELLP (hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count) syndrome. Am J Obstet Gynecol. 2000;183(2):444-448.  
 7. **Cetin Celik ea.** Results of the pregnancies with HELLP syndrome. Renal Failure. 2003;25(4):613-618

**ĐÁNH GIÁ KHẢ NĂNG LIÊN THÔNG XÉT NGHIỆM CARCINOEMBRYONIC ANTIGEN, CANCER ANTIGEN 19-9, PROSTATE SPECIFIC ANTIGEN THÔNG QUA CHƯƠNG TRÌNH NGOẠI KIỂM RIQAS**

Đào Thanh Hiền<sup>1,2</sup>, Nguyễn Thị Xuân Nhân<sup>1</sup>, Văn Hy Triết<sup>1,2</sup>, Võ Nguyên Trung<sup>1,2</sup>, Hà Mạnh Tuấn<sup>1,2</sup>

**TÓM TẮT**

**Đặt vấn đề:** Xét nghiệm dấu ấn ung thư ngày càng quan trọng trong việc chẩn đoán sớm và quản lý ung thư. Tuy nhiên, một chất được xét nghiệm bằng các phương pháp hoặc thiết bị khác nhau sẽ cho kết quả khác nhau. Trong khi đó, các quyết định lâm sàng phần lớn phụ thuộc vào kết quả xét nghiệm và người bệnh mong muốn rằng các phòng xét nghiệm (PXN) khác nhau, sử dụng các phương pháp khác nhau sẽ đưa ra kết quả giống nhau. Do đó, chuẩn hóa và liên thông kết quả xét nghiệm là vấn đề cần thiết hiện nay để giảm thiểu sự khác nhau giữa các phương pháp, tạo điều kiện để các PXN công nhận kết quả của nhau và thống nhất việc áp dụng các hướng dẫn thực hành trên lâm sàng tốt; đảm bảo tính an toàn cho bệnh nhân và giảm chi phí chăm sóc y tế. **Mục tiêu nghiên cứu:** xây dựng cơ sở dữ liệu cho việc liên thông xét nghiệm dấu ấn ung thư: carcinoembryonic antigen (CEA), cancer antigen 19-9 (CA 19-9), prostate specific antigen (PSA). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Các báo cáo kết quả ngoại kiểm xét nghiệm CEA, CA 19-9, PSA từ chương trình ngoại kiểm RIQAS được thu thập tại bệnh viện Đại học Y dược TPHCM cơ sở 2 từ năm 2018 đến năm 2021. Nghiên cứu hồi cứu. **Kết quả:** Có sự khác nhau có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ )

về nồng độ và độ chệch giữa các phương pháp tham gia. CA 19-9 là xét nghiệm có độ chệch lớn nhất và sự đồng thuận kém nhất (CV > 40%). Các xét nghiệm CEA và PSA có độ chệch thấp hơn, sự đồng thuận tốt hơn (CV trung bình lần lượt là 11,85% và 16,55%) và đa số từng phương pháp có CV < 10%. Tuy nhiên sự đồng thuận của ba xét nghiệm dấu ấn ung thư này có xu hướng được cải thiện từ năm 2018 đến năm 2021, nhất là xét nghiệm CA 19-9. **Kết luận:** Cả ba xét nghiệm dấu ấn ung thư đều có sự khác nhau giữa các phương pháp, nhất là CA 19-9. Xét nghiệm CA 19-9 và CEA cần thiết phải được chuẩn hóa và xét nghiệm PSA phải thực hiện liên thông để giảm thiểu sự khác nhau giữa các phương pháp.

**Từ khóa:** liên thông xét nghiệm, dấu ấn ung thư, CEA, CA 19-9, PSA.

**SUMMARY**

**ASSESSMENT HARMONIZATION PROBABILITY OF ASSAY: CARCINOEMBRYONIC ANTIGEN, CANCER ANTIGEN 19-9, PROSTATE SPECIFIC ANTIGEN BY RIQAS PROGRAM**

**Background:** Tumor marker testing is increasingly important in the early diagnosis and management of cancer. however, a substance measured by different methods or equipments will give different results. Meanwhile, clinical decisions largely depend on test results, and patients expect that different laboratories using different methods, will give the same results. Therefore, standardizing and harmonization tumor marker assay in particular and all tests, in general, is a necessary issue today to

<sup>1</sup>Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh  
<sup>2</sup>Bệnh viện Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh cơ sở 2  
 Chịu trách nhiệm chính: Văn Hy Triết  
 Email: vanhytriet@ump.edu.vn  
 Ngày nhận bài: 6.9.2022  
 Ngày phản biện khoa học: 24.10.2022  
 Ngày duyệt bài: 2.11.2022