

4. **Bộ Y tế.** Thông tư số 54/2017/TT-BYT, Ban hành bộ tiêu chí ứng dụng công nghệ thông tin tại các cơ sở khám, chữa bệnh. 2017.
5. **Dũng PN.** Ứng dụng công nghệ thông tin tại bệnh viện Sản nhi Quảng Ninh giai đoạn 2016 – 2020 và một số yếu tố ảnh hưởng. Luận văn thạc sĩ quản lý bệnh viện. Trường Đại học Y tế công cộng; 2020.
6. **Hiển NV.** Ứng dụng công nghệ thông tin và một số yếu tố ảnh hưởng tại bệnh viện Đa liệu trung ương, năm 2020. Luận văn thạc sĩ quản lý bệnh viện. Trường Đại học Y tế công cộng; 2020.
7. **Hàng NTT.** Thực trạng sử dụng hồ sơ bệnh án điện tử tại bệnh viện Quận Thủ Đức năm 2019 Luận văn Thạc sĩ quản lý bệnh viện. Trường Đại học Y tế công cộng; 2019.
8. **Luyện ND.** Thực trạng ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lý khám, chữa bệnh tại bệnh viện Lão khoa Trung ương, năm 2017 Luận văn thạc sĩ quản lý bệnh viện. Trường Đại học Y tế công cộng; 2017.

## NGHIÊN CỨU XỬ TRÍ SẢN KHOA CÁC TRƯỜNG HỢP PHÙ THAI - RAU TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Lê Văn Sâm<sup>1</sup>, Nguyễn Mạnh Thắng<sup>2</sup>, Đoàn Thị Phương Lam<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nhận xét kết quả và thái độ xử trí sản khoa các trường hợp phù thai- rau tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ năm 2019 đến 2021. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 120 sản phụ có thai từ 22 tuần trở lên được chẩn đoán phù thai-rau và được chấm dứt thai kỳ tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. **Kết quả:** Tuổi thai trung bình kết thúc thai kỳ là  $29,2 \pm 4,1$  tuần. 21,6% sản phụ có bệnh lý kèm theo là tăng huyết áp thai kỳ và tiền sản giật. Sinh đường âm đạo 69,2%, mổ lấy thai 30,8%. Mổ lấy thai do nguyên nhân mổ đẻ cũ 29,7%, do bệnh lý tiền sản giật 19,3%. 100% sinh đường âm đạo có bất thường về bong sổ rau, băng huyết sau sinh 8,3%. **Từ khóa:** Phù thai- rau, chấm dứt thai kỳ, tai biến sản khoa.

### SUMMARY

#### STUDY OF OBSTETRIC MANAGEMENT IN FETOPLACENTAL HYDROPS IN NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

**Objective:** To describe the clinical and subclinical characteristics and management of Fetoplacental hydrops at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology from 2019 to 2021. **Subjects and methods:** This is a Cross-sectional study of 120 women at 22 weeks or more weeks of gestation with Fetoplacental hydrops who had their pregnancy termination in National Hospital of Obstetrics and Gynecology. **Results:** The average gestational week at termination was  $29.2 \pm 4.1$  weeks. The percentage of pregnancy with comorbidities such as gestational hypertension and preeclampsia was 21,6%. The percentage of vaginal birth and cesarean section was respectively 69.2% and 30.8%. Cesarean section rate with previous cesarean sections, preeclampsia was

respectively 29.7% and 19,3%. 100% of vaginal births had abnormal placentation and 8.3% of postpartum hemorrhage. **Keywords:** Fetoplacental hydrops, termination, obstetric complications.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phù thai - rau là một bệnh lý cấp tính của thai xuất hiện ở bất kỳ tuổi thai nào. Bệnh là tình trạng tụ dịch bất thường từ hai khoang cơ thể trở lên. Các dấu hiệu thường gặp bao gồm phù da, tràn dịch màng bụng, màng phổi, màng tim, đa ối và bánh rau dày. Tần suất thực sự của phù thai- rau rất khó xác định, tần suất dao động từ 1/424 đến 1/2000 trên tổng số thai sống<sup>1</sup>. Thái độ xử trí sản khoa cần căn cứ vào tình trạng sức khỏe và bệnh lý kèm theo của sản phụ, tiên lượng sống của thai nhi để đưa ra phương pháp xử trí phù hợp và an toàn. Nghiên cứu vào năm 2013 tại bệnh viện Phụ sản Trung ương cho thấy có 80,4% sản phụ phù thai- rau xin đình chỉ thai nghén tự nguyện và 19,6% theo dõi đợi chuyển dạ tự nhiên.

Trong quá trình chấm dứt thai kỳ, sản phụ có phù thai-rau thường gặp nhiều nguy cơ và biến chứng. Theo Purwick và cs năm 2017 phù thai-rau có liên quan đến tăng nguy cơ tiền sản giật nặng<sup>1</sup>. Theo Nguyễn Quốc Trường năm 2013 cho kết quả biến chứng tiền sản giật (10,5%), bất thường bong sổ rau (96,9%), chảy máu sau đẻ (9,9%), và nhiễm khuẩn hậu sản (1,5%)<sup>2</sup>.

Do tính phổ biến và nghiêm trọng của bệnh lý phù thai – rau, đặc biệt liên quan tới các biến chứng sản khoa. Nên việc phát hiện, quản lý thai nghén và cách thức xử trí sản khoa sao cho phù hợp là điều quan trọng để giảm thiểu tối đa các tai biến có thể gặp. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "*Nghiên cứu xử trí sản khoa các trường hợp phù thai – rau tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương*"

<sup>1</sup>Bệnh viện Phụ sản Thanh Hóa

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

Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Sâm

Email: bslesamhtss@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.10.2023

Ngày duyệt bài: 10.11.2023

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Tất cả sản phụ có thai từ 22 tuần trở lên được chẩn đoán phù thai-rau tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ năm 2019 đến hết 2021.

### Tiêu chuẩn lựa chọn

- Sản phụ đơn thai, tuổi thai từ 22 tuần trở lên theo kỳ kinh cuối hoặc dự kiến sinh theo siêu âm 3 tháng đầu thai kỳ.

- Được chẩn đoán phù thai-rau bằng siêu âm với tình trạng của thai được miêu tả có ít nhất 2 trong 4 dấu hiệu<sup>3</sup>:

- +Tràn dịch ổ bụng (cổ chướng).
- +Tràn dịch màng phổi.
- +Tràn dịch màng ngoài tim.
- +Phù da và mô dưới da.

- Kết thúc thai kỳ tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

**Tiêu chuẩn loại trừ.** Là những hồ sơ bệnh án không đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn lựa chọn.

### Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Từ tháng 1/2019 đến hết tháng 12/2021 tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

**Cỡ mẫu và chọn mẫu.** Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho một tỷ lệ:

$$n = Z^2(1 - \alpha/2) \frac{p \cdot q}{d^2}$$

Trong đó: n là số đối tượng nghiên cứu.

d = p.đ; đ là độ sai lệch ước lượng so với thực tế là 15%.

Z(1 - α/2): được lấy với mức sai số ấn định là 5%, như vậy độ tin cậy là 95%.

p: tỷ lệ sản phụ chấm dứt thai kỳ bằng phương pháp gây chuyển dạ trong tổng số các trường hợp phù thai-rau theo nghiên cứu của Nguyễn Quốc Trường năm 2013 là 76,1%<sup>2</sup>.

Như vậy cỡ mẫu tính toán được: n=113.

Thực tế trong quá trình thu thập số liệu từ tháng 1/2019 đến 12/2021 chúng tôi thu thập được 120 đối tượng phù hợp và đưa tất cả vào nghiên cứu.

**2.3. Xử lý và phân tích số liệu.** Số liệu được xử lý theo thuật toán thống kê y học trên máy tính bằng phần mềm SPSS 20.0

**2.4. Đạo đức nghiên cứu.** Nghiên cứu được tiến hành trên hồ sơ bệnh án của bệnh nhân. Các thông tin cá nhân của đối tượng nghiên cứu được giữ bí mật và mã hóa. Nghiên cứu được hội đồng phê duyệt đề cương Trường Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện Phụ sản Trung ương thông qua và đồng ý.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 3.1: Tuổi thai kết thúc thai kỳ (n=120)**

Tuổi thai (tuần)	N	Tỷ lệ %
Từ 22 đến 27 tuần	52	43,3
Từ 28 đến 32 tuần	36	30,0
Từ 32 đến 34 tuần	14	11,7
Từ 34 đến 37 tuần	10	8,3
Từ 37 tuần trở lên	8	6,7
<b>Tổng</b>	<b>120</b>	<b>100</b>
X ± SD (Min - max)	29,2 ± 4,1 (22 tuần 2 ngày - 39 tuần 1 ngày)	

**Nhận xét:** Tuổi thai trung bình kết thúc thai kỳ là 29,2 ± 4,1. Nhóm tuổi thai từ 22 tuần cho đến hết 27 tuần chiếm chủ yếu.

**Bảng 3.2: Phù thai- rau với tăng huyết áp thai kì (n=26)**

Tăng huyết áp thai kỳ	N	Tỷ lệ %
Tiền sản giật - Sản giật	Tiền sản giật	16 61,5
	Tiền sản giật nặng	6 23,0
	Sản giật	0 0
	Hội chứng HELLP	1 3,8
Tăng huyết áp mạn	1	3,8
Tiền sản giật trên nền tăng huyết áp mạn	0	0
Tăng huyết áp trong thai kỳ	2	7,6
<b>Tổng số</b>	<b>26</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Có 26 có tăng huyết áp thai kỳ trong tổng số 120 sản phụ phù thai- rau. Chiếm chủ yếu là tiền sản giật không có dấu hiệu nặng (61,5%).

**Bảng 3.3: Phương pháp kết thúc thai kỳ (n=120)**

Cách thức	Phương pháp	N	%	Tổng số (%)
Sinh đường âm đạo	Chuyển dạ tự nhiên	8	9,1	74,2
	Gây chuyển dạ	75	90,9	
Mổ lấy thai	Gây chuyển dạ thất bại chuyển mổ	7	18,8	25,8
	Mổ lấy thai chủ động	30	81,1	
Tổng		120		100

**Nhận xét:** Sinh đường âm đạo chiếm tỷ lệ 74,2%, trong nhóm này chủ yếu sản phụ được gây chuyển dạ chấm dứt thai kỳ (90,9% số trường hợp sinh đường âm đạo). Tỷ lệ mổ lấy thai 25,8%.

**Bảng 3.4: Nguyên nhân mổ lấy thai (n=37)**

Nguyên nhân	N	%
Gây chuyển dạ thất bại	7	14,9
Mổ đẻ cũ + yếu tố khác	11	29,7
Tiền sản giật + yếu tố khác	9	19,3
Ngôi thai bất thường	3	8,5

Rau tiền đạo trung tâm	1	4,2
Thai to	2	6,1
Bệnh lý khác kèm theo của sản phụ	3	8,5
Nguyên nhân khác	1	4,2
<b>Tổng</b>	<b>37</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Mổ đẻ cũ và tiền sản giật là 2 nguyên nhân hàng đầu của mổ lấy thai ở sản phụ phù thai- rau, chiếm tỷ lệ 29,7% và 19,3%.

**Bảng 3.5: Phân bố các tai biến của sản phụ khi kết thúc thai kỳ (n=120)**

Phương pháp kết thúc thai kỳ	Tai biến	Số lượng	Tỷ lệ %
Sinh đường âm đạo (n=83)	Bất thường bong sổ rau	74	89,1
	Đờ tử cung	3	4,8
	Băng huyết	5	6,0
	Rách cổ tử cung-âm đạo	4	4,8
	Nhiễm khuẩn hậu sản	2	2,4
Mổ lấy thai (n=37)	Tai biến của TSG	0	0
	Đờ tử cung	1	2,7
	Băng huyết	4	10,8
	Nhiễm khuẩn	1	2,7

**Nhận xét:** 89,1% sản phụ phù thai - rau có bất thường liên quan đến bong sổ rau. Tỷ lệ băng huyết sau sinh đường âm đạo và sinh mổ lần lượt là 6,0% và 10,8%.

**Bảng 3.6: Xử trí các tai biến sản khoa (n=120)**

Phương pháp	Số lượng	Tỷ lệ %
Bóc rau nhân tạo và/hoặc kiểm soát tử cung	120	100
Truyền máu	10	8,3
Khâu phục hồi tổn thương đường sinh dục	6	5,0
Khâu cầm máu diện rau bám trong mổ đẻ	2	1,6
Thắt động mạch tử cung	3	2,5
Cắt tử cung	0	0

**Nhận xét:** 100% sản phụ được bóc rau nhân tạo và/hoặc kiểm soát tử cung. Tỷ lệ sản phụ có tai biến băng huyết phải truyền máu là 8,3%. Không có trường hợp nào phải cắt tử cung.

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Tuổi thai kết thúc thai kỳ.** Tuổi thai kết thúc thai kỳ là một yếu tố quan trọng để quyết định lựa chọn phương pháp kết thúc kỳ. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ sản phụ kết thúc thai kỳ ở tuổi thai từ 37 tuần trở lên không nhiều, tương ứng 6,7%. Chủ yếu là ở nhóm tuổi thai từ 22 đến 27 tuần và từ 28 đến 32 tuần, tương ứng là 43,3% và 30,0%. Tuổi thai trung bình là  $29,2 \pm 4,1$  tuần. Như vậy, tuổi thai kết thúc thai kỳ vì phù

thai-rau tương đối muộn, làm cho quá trình đình chỉ thai kỳ gặp nhiều khó khăn và có nhiều biến chứng cho người mẹ. Do đặc thù của bệnh lý này là xảy ra ở bất kỳ tuổi thai nào, các dấu hiệu báo trước nghèo nàn, các triệu chứng lâm sàng dường như không có, hoặc nếu có thì là các triệu chứng của biến chứng tiền sản giật.

**4.2. Phân loại tăng huyết áp trong thai kỳ.** Trong tổng số 120 sản phụ ở nghiên cứu của chúng tôi, có 26 trường hợp được ghi nhận thuộc nhóm bệnh lý tăng huyết áp và tiền sản giật (chiếm 21,6% tổng số sản phụ). Nghiên cứu của Ratanasiri và cs trên 82 sản phụ phù thai- rau cho biết tỉ lệ biến chứng tiền sản giật là 20,73%<sup>4</sup>. Còn tại Việt Nam, một loạt nghiên cứu từ năm 2012 năm 2016 tại Huế cho thấy tỷ lệ tiền sản giật nói chung là 2,2-5,5%). Có sự gia tăng tỷ lệ mắc tiền sản giật ở trên những sản phụ phù thai- rau so với sản phụ khỏe mạnh có thể được giải thích khi có nhiều nghiên cứu cho thấy có sự gia tăng protein kháng tạo mạch trong huyết thanh (sFlt1) ở những sản phụ này<sup>1</sup>.

Trong phân loại của nhóm bệnh lý này, kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tiền sản giật nhẹ chiếm chủ yếu (61,5%), Tiếp đến là tiền sản giật có dấu hiệu nặng và hội chứng HELLP (chiếm 26,8% tổng số sản phụ trong nhóm bệnh lý này). Vì có sự gia tăng nguy cơ mắc tiền sản giật, đặc biệt là tiền sản giật có yếu tố nặng trong bệnh cảnh phù thai - rau, điều này góp phần cảnh báo cho các bác sỹ sản khoa phải theo dõi sự xuất hiện biến chứng tiền sản giật trên những sản phụ phù thai- rau khi khám thai và quản lý thai nghén, đặc biệt là khi có kèm thêm dấu hiệu phù bánh rau<sup>3</sup>.

**4.3. Phương pháp kết thúc thai kỳ.** Kết quả của nghiên cứu này cho thấy nhóm sản phụ sinh đường âm đạo có tỷ lệ cao nhất 74,2%. Và trong nhóm này phương pháp đình chỉ thai kỳ bằng cách gây chuyển dạ chiếm chủ yếu (90,9%) so với chờ đợi chuyển dạ tự nhiên (9,1%).

Phương pháp mổ lấy thai ít khi được đặt ra ngay từ đầu với thai dị dạng nói chung và phù thai - rau nói riêng, bởi mổ đẻ ảnh hưởng nhiều đến sức khỏe sản phụ, khó khăn ở những lần mang thai tiếp theo, trẻ sinh ra có tỷ lệ sống sót thấp. Trong nghiên cứu này, nhóm sản phụ được mổ lấy thai chiếm tỷ lệ là 25,8%. Có thể thấy tỷ lệ sản phụ mổ lấy thai trong nghiên cứu này cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Quốc Trường với tỷ lệ mổ lấy thai là 12,0%<sup>2</sup>, bởi vì đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có tuổi thai là từ 22 tuần trở lên, lớn hơn so với của tác giả khi không giới hạn tuổi thai. Tuổi thai đình chỉ càng

lớn, đồng nghĩa tỷ lệ mổ lấy thai cũng tăng lên. Hơn nữa nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện trong giai đoạn cả nước đang chung tay đối phó với đại dịch COVID-19, việc đi lại khó khăn, nên những sản phụ phù thai-rau có nhiều yếu tố nguy cơ, hoặc tiền lượng bệnh nặng thì lựa chọn đình chỉ tại bệnh viện phụ sản Trung ương, làm nâng lên tỷ lệ mổ lấy thai. Còn những sản phụ có nguy cơ thấp sẽ ưu tiên lựa chọn tuyến cơ sở. Đối với các nghiên cứu nước ngoài cho biết tỷ lệ mổ lấy thai của họ rất cao. Như nghiên cứu của Wanabe tại Nhật Bản thì tỷ lệ này là 68,3%<sup>5</sup>, nguyên nhân của mổ lấy thai tăng cao trong các nghiên cứu này là do ở các quốc gia này phù thai- rau được đặt vấn đề và sử dụng một số phương pháp điều trị trước sinh, làm cho tỷ lệ sống sót sau được cải thiện và mổ lấy thai là một lựa chọn phổ biến để giảm sang chấn cho thai nhi.

**4.4. Nguyên nhân mổ lấy thai.** Trong tổng số 37 trường hợp mổ lấy thai, chúng tôi thấy nguyên nhân đứng hàng đầu là mổ đẻ cũ chiếm 29,7%, kết quả này cũng tương xứng với nghiên cứu của Trần Thư năm 2008 về nguyên nhân mổ lấy thai của thai dị dạng do nguyên nhân mổ đẻ cũ là 28,3%<sup>7</sup>.

Mổ lấy thai ở sản phụ phù thai - rau do nguyên nhân bệnh lý tăng huyết áp và tiền sản giật chiếm 19,3%, so sánh với kết quả nghiên cứu của Mai Trọng Dũng và cs năm 2021 về tỷ lệ mổ lấy thai nói chung do nguyên nhân tiền sản giật và tăng huyết áp là 4,49%<sup>6</sup> thì sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ). Điều này được giải thích là do phù thai-rau là một yếu tố nguy cơ độc lập làm gia tăng nguy cơ tiền sản giật nặng<sup>1</sup>, tăng tỷ lệ mổ lấy thai

Trong nghiên cứu của chúng tôi có ghi nhận 02 trường hợp mổ lấy thai vì thai to trên 4400gr (hội chẩn quyết định mổ lấy thai dựa trên kết quả siêu âm tại phòng đẻ, mà không có chỉ định mổ lấy thai khác kèm theo). Tuy nhiên, có sự sai số tương đối lớn khi cân nặng thực tế trẻ sau sinh nhỏ hơn so với ước lượng siêu âm là 1100gr và 1200gr. Giải thích cho điều này vì khi có chuyển dạ, sự ảnh hưởng của co bóp tử cung, tình trạng nước ối, sự tỳ đè của ngôi thai vào khung chậu người mẹ và mức độ tích tụ dịch của thai nhi làm cho kết quả siêu âm tại phòng đẻ có sự sai lệch lớn.

**4.5. Tai biến sản khoa và xử trí.** Biến chứng do phù thai- rau gây ra cho sản phụ trong quá trình kết thúc thai kỳ tương đối hay gặp, phụ thuộc vào từng phương pháp, bệnh của mẹ và tuổi thai kết thúc thai kỳ.

Trong nghiên cứu này, 89,1% sản phụ sinh

ngã âm đạo có bất thường về bong sổ rau (chủ yếu là sót rau ngay khi sổ rau), và tất cả đều được xử trí tích cực bằng kiểm soát tử cung, bóc rau nhân tạo hoặc lấy rau sót. Tỷ lệ sót rau tăng cao có thể do sự xuất hiện của phù bánh rau, các gai rau tích dịch to lên bong không hết và cũng có thể do tuổi thai lúc kết thúc thai kỳ chưa đủ tháng, bánh rau chưa trưởng thành làm tăng tỷ lệ sót rau.

Bảng huyết sau sinh chiếm tỷ lệ 7,5% trong tổng số 120 sản phụ nghiên cứu. Và có 10 bệnh nhân (chiếm 8,3% tổng số sản phụ) cần phải truyền máu. Trong mỗi nhóm, 6,0% sản phụ có bảng huyết trong nhóm sinh đường âm đạo, và 10,8% trong nhóm mổ lấy thai. So sánh có thể thấy tỷ lệ bảng huyết ở trong nghiên cứu của chúng tôi (7,5%) cao hơn so với tỷ lệ bảng huyết sau sinh nói chung tại Bệnh viện Hùng Vương trong năm 2017 (2,55%), năm 2018 (2,84%) và năm 2019 (2,25%). Lý giải điều này là vì trong quá trình kết thúc phù thai - rau thường kèm theo sót rau, tử cung co hồi kém, do tổn thương đường sinh dục, kết hợp bệnh cảnh thường kèm theo của sản phụ là tiền sản giật nên tỷ lệ bảng huyết sau sinh cao hơn so với tai biến bảng huyết sau sinh ở những sản phụ thông thường.

Nghiên cứu của Nguyễn Quốc Trường và cộng sự thấy một số tai biến hay gặp đối với sản phụ phù thai- rau đẻ thường có sót rau 84,7%, chảy máu sau sinh 9,9%, 4,4% sản phụ phải truyền máu<sup>2</sup>. Như vậy, tỷ lệ các biến chứng trong nghiên cứu này có sự khác biệt với kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Sự khác biệt có thể do đặc điểm biểu hiện bệnh khác nhau của 2 nhóm đối tượng với tuổi thai trung bình kết thúc thai nghén của tác giả là  $27,2 \pm 6,4$  với mọi tuần thai khác với tuổi thai trung bình của chúng tôi  $29,2 \pm 4,1$  và tuần thai nghiên cứu tối thiểu từ 22 tuần.

Các tai biến khác như rách cổ tử cung - âm đạo trong sinh ngã âm đạo (4,8%), đỡ tử cung (3,3%), nhiễm khuẩn hậu sản (2,5%). Quá trình xử lý các tai biến diễn ra thuận lợi và an toàn, không có trường hợp nào phải cắt tử cung để cầm máu.

## V. KẾT LUẬN

Phù thai - rau có tuổi thai kết thúc thai kỳ trung bình là  $29,2 \pm 4,1$  tuần. 21,6% số sản phụ có kèm theo bệnh lý tăng huyết áp và tiền sản giật. Phần lớn đình chỉ thai nghén bằng gây sinh ngã âm đạo 69,2%, mổ lấy thai 30,8%. Nguyên nhân mổ lấy thai hàng đầu là do mổ đẻ cũ và tiền sản giật. 89,1% số sản phụ có bất thường về bong sổ rau, tỷ lệ bảng huyết sau sinh 7,5%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Burwick RM, Pilliod RA, Dukhovny SE, Caughey AB.** Fetal hydrops and the risk of severe preeclampsia. *J Matern-Fetal Neonatal Med Off J Eur Assoc Perinat Med Fed Asia Ocean Perinat Soc Int Soc Perinat Obstet.* 2019;32(6):961-965. doi:10.1080/14767058.2017.1396312
- Trương NQ, Quyết VB, Cường TD.** Nhận xét về kết quả và thái độ xử trí thai nghén trong phụ thai- rau. *Tạp Chí Phụ Sản.* 2014;Tập 12, số 02.
- Vanaparthi R, Mahdy H. Hydrops Fetalis.** In: *StatPearls.* StatPearls Publishing; 2023. Accessed September 14, 2023. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK563214/>
- Ratanasiri T, Komwilaisak R, Sittivech A, Kleebkeaw P, Seejorn K.** Incidence, causes and pregnancy outcomes of hydrops fetalis at Srinagarind Hospital, 1996-2005: a 10-year review. *J Med Assoc Thai Chotmaihet Thangphaet.* 2009;92(5):594-599.
- Watanabe N, Hosono T, Chiba Y, Kanagawa T.** Outcomes of Infants with Nonimmune Hydrops Fetalis Born after 22 Weeks' Gestation — Our Experience between 1982 and 2000. *J Med Ultrasound.* 2002;10:80-85. doi:10.1016/S0929-6441(09)60026-6
- Dũng MT, Thăng ND, Sơn PH, Phượng NTH, Huyền LL.** Phân tích các yếu tố liên quan đến chỉ định phẫu thuật lấy thai tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2021. *Tạp Chí Phụ Sản.* 2022; 20(3): 46-49. doi: 10.46755/vjog.2022.3. 1506
- Trần Thư.** Nghiên cứu các phương pháp đình chỉ thai nghén vì thai dị dạng tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp 2, Trường Đại học Y Hà Nội, 2008.

## CẬP NHẬT ĐIỀU TRỊ U MÔ ĐỆM ĐƯỜNG TIÊU HÓA (GISTs) GIAI ĐOẠN TÁI PHÁT DI CĂN

Nguyễn Thu Phương<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

Bài này nhằm nhìn lại và cập nhật vấn đề điều trị mới nhất trong điều trị u mô đệm đường tiêu hóa (GISTs) ở giai đoạn tái phát di căn hoặc không có khả năng phẫu thuật. Trong những thập niên gần đây vấn đề chẩn đoán và điều trị đã có những tiến bộ vượt bậc cho phép chẩn đoán điều trị sớm, triệt để mang lại lợi ích về thời gian sống thêm cũng như cải thiện chất lượng cuộc sống cho người bệnh. Nhờ sự phát triển của ngành sinh học phân tử, người ta đã hiểu biết rõ hơn về sinh bệnh học, đặc biệt là cơ chế bệnh sinh và đặc điểm về bệnh học phân tử GISTs. Chính những kiến thức về bệnh học phân tử đã góp phần rất quan trọng trong việc chẩn đoán và điều trị GISTs [2]. Cùng với tiến bộ của nền y học, thuốc điều trị đích Imatinib (Glivec) ra đời đã tạo ra một cuộc cách mạng trong điều trị cho GISTs. Thuốc với cơ chế ức chế chọn lọc tyrosine kinase c-abl, bcr - abl, c - kit và PDGFR, tương tác với protein này ở vị trí gan với ATP. Tế bào u sẽ ngừng tăng sinh và đi vào con đường chết theo chương trình (apoptosis).

### SUMMARY

#### UPDATE ON TREATMENT OF GASTROINTESTINAL STROMAL TUMORS (GISTS) IN THE METASTATIC RECURRENCE PHASE

This article aims to review and update the latest treatment issues in the treatment of gastrointestinal stromal tumors (GISTs) in the stage of metastatic recurrence or inoperability. In recent decades, the

problem Diagnosis and treatment have made remarkable progress, allowing early and thorough diagnosis and treatment, bringing benefits in terms of survival time as well as improving the quality of life for patients. Thanks to the development of molecular biology, people have a better understanding of disease pathogenesis, especially the pathogenesis and molecular pathology characteristics of GISTs. It is the knowledge of molecular pathology that has contributed greatly to the diagnosis and treatment of GISTs [2]. Along with advances in medicine, the advent of the targeted drug Imatinib (Glivec) has created a revolution in the treatment of GISTs. The drug with the mechanism of selective inhibition of tyrosine kinases c-abl, bcr - abl, c - kit and PDGFR, interacts with this protein in the liver with ATP. Tumor cells will stop proliferating and enter the programmed death pathway (apoptosis).

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U mô đệm đường tiêu hóa - Gastro Intestinal Stromal Tumors (GISTs) là sarcoma mô mềm đường tiêu hoá. Đây là loại u trung mô ác tính thường gặp nhất của đường tiêu hoá, chiếm khoảng 1 - 3% các u ác tính của dạ dày ruột [1],[2],[3]. GISTs xuất phát từ mặt trong dạ dày hoặc ruột và có khuynh hướng phát triển ra ngoài ống tiêu hoá. Ngoài ra GISTs có thể khởi phát từ những vị trí bên ngoài đường tiêu hoá như mạc nối lớn, mạc treo ruột hay sau phúc mạc [2]. Đại bộ phận GISTs xuất phát từ dạ dày nhưng chúng cũng có thể xuất phát từ ruột non, đại tràng và thực quản. GISTs ở dạ dày gặp nhiều nhất với tỷ lệ 39-70%, ở ruột non là 20-35%, đại tràng, mạc nối lớn là 5-15%, mạc treo ruột 9%, thực quản ≤

<sup>1</sup>Bệnh viện K - Bộ môn Ung Thư Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thu Phương

Email: phuongutit@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2023

Ngày duyệt bài: 10.11.2023