

round table discussion", Eur Respir J. 48(3), tr. 664-73.

8. **van Boven J. F. M., Román-Rodríguez M., Palmer J. F., et al.** (2016), "Comorbidity, Pattern, and Impact of Asthma-COPD Overlap Syndrome in

Real Life", CHEST. 149(4), tr. 1011-1020.

9. **Van Tho N., Phan T. P., Dinh-Xuan A. T., et al.** (2023), "COPD Patients with Asthma Features in Vietnam: Prevalence and Suitability for Personalized Medicine", J Pers Med. 13(6).

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA THAI PHỤ ĐƯỢC CHẨN ĐOÁN TIỀN SẢN GIẬT TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI NĂM 2022

Dương Thị Ngân<sup>1,2</sup>, Đỗ Tuấn Đạt<sup>1,2</sup>, Nguyễn Thị Thu Hà<sup>1,3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng thai phụ có tuổi thai phụ được chẩn đoán tiền sản giật tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2022. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang trên 125 thai phụ được chẩn đoán tiền sản giật tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội năm 2022. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân tiền sản giật (TSG) có dấu hiệu nặng là 77%. Thai phụ  $\geq 35$  tuổi chiếm 37,6%. Phần lớn thai phụ nhóm nghiên cứu không sàng lọc và dự phòng TSG chiếm 96%. Dấu hiệu THA trong nghiên cứu chủ yếu là độ 2 (HATT:160-179 và hoặc HATT: 100-109mmHg) chiếm 46%. 80,8% thai phụ có triệu chứng phù kèm theo. **Kết luận:** TSG thường gặp ở 3 tháng cuối thai kỳ, tỷ lệ TSG nặng chiếm tỷ cao hơn. THA và phù là hai triệu chứng thường gặp trong đây THA là triệu chứng có giá trị chẩn đoán và tiên lượng bệnh. **Từ khóa:** Tiền sản giật, tiền sản giật nặng, sản giật, phù, tăng huyết áp

### SUMMARY

#### CLINICAL CHARACTERISTICS OF PREGNANT WOMEN WITH PRE-ECLAMPSIA AT HA NOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL IN 2022

**Objective:** Describes the clinical characteristics of pregnant women with a pre-eclampsia at Ha Noi Obstetrics and Gynecology Hospital in 2022. **Materials and method:** A retrospective cross-sectional study describing 125 pregnant women diagnosed with pre-eclampsia at Ha Noi Obstetrics and Gynecology Hospital in 2022. **Results:** The proportion of severe pre-eclampsia (PE) patients was 77%. Pregnant women  $\geq 35$  years old account for 37.6%. The average age at which pre-eclampsia was diagnosed was  $34.9 \pm 2.4$  week. Most pregnant women in the study did not undergo pre-eclampsia screening, accounting for 96%. All pregnant women with PE in the study predominantly had hypertension grade 2,

accounting for 46%. Additionally, 80.8% of pregnant women exhibited accompanying edema. **Conclusion:** Pre-eclampsia typically occurs in the last three months of pregnancy, with a higher proportion of severe cases. Hypertension and edema are common symptoms in pre-eclampsia, and hypertension is a valuable diagnostic and prognostic indicator.

**Keywords:** Preeclampsia, Edema, Preeclampsia with severe symptoms, Hypertension

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiền sản giật (TSG) là hội chứng bệnh lý phức tạp xảy ra trong nửa sau của thời kỳ thai nghén. TSG ảnh hưởng đến 2%–10% tổng số thai kỳ trên toàn thế giới [1]. TSG là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây ra tỷ lệ mắc bệnh và tử vong ở bà mẹ và chu sinh như rau bong non, sản giật, hội chứng Hellp, thai lưu, đẻ non, sơ sinh nhẹ cân, thai chậm phát triển trong tử cung... Bệnh có biểu hiện các rối loạn bệnh lý ở nhiều cơ quan nhưng đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng lại diễn biến khác nhau tùy từng trường hợp. Chính vì vậy, đặc điểm lâm sàng, các tiêu chuẩn chẩn đoán, phân loại, điều trị, cách thức xử trí và quản lý người bệnh còn nhiều điểm chưa nhất quán. Trước những hậu quả nặng nề của TSG cũng như những khó khăn trong quyết định thái độ xử trí, việc tìm ra những đặc điểm lâm sàng giúp hướng tới chẩn đoán sớm và xử trí kịp thời TSG là thiết sức cần thiết. Do vậy chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng của thai phụ được chẩn đoán TSG tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội năm 2022.*

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu là tất cả các thai phụ được chẩn đoán và điều trị TSG tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội trong thời gian từ 01/01/2022 đến 31/12/2022, có đầy đủ hồ sơ lưu trong hệ thống dữ liệu của bệnh viện. Tiêu chuẩn loại trừ những trường hợp không có đầy đủ thông tin phục vụ nghiên cứu và ngoài thời gian nghiên cứu.

<sup>1</sup>Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Tuấn Đạt

Email: drdotatpshn@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2023

Ngày duyệt bài: 28.11.2023

Tiêu chuẩn chẩn đoán TSG theo Bộ Y Tế (2021) [2]

- Huyết áp tối đa  $\geq 140$  mmHg hoặc huyết áp tối thiểu  $\geq 90$  mmHg, đo 2 lần cách nhau ít nhất 4 giờ, xuất hiện sau 20 tuần thai kỳ ở trường hợp có HA trước đó bình thường.

- Và xuất hiện protein niệu:

+  $\geq 0,3$  g/l trong mẫu nước tiểu 24h

+ Tỷ protein/ creatinin niệu  $\geq 0,3$  mg/dl ở mẫu nước tiểu ngẫu nhiên, hoặc

+  $\geq 2$  (+) với que thử nước tiểu (nếu không thể xét nghiệm định lượng)

- Trong trường hợp protein niệu (-), xuất hiện các triệu chứng sau:

+ Tiểu cầu giảm  $< 100.000/mm^3$

+ Giảm chức năng thận: nồng độ creatinine huyết tương  $> 1,1$  mg/dl hoặc tăng gấp đôi ở sau khi loại trừ các bệnh lý thận khác.

+ Giảm chức năng gan: men gan tăng  $\geq 2$  lần ngưỡng trên giới hạn bình thường.

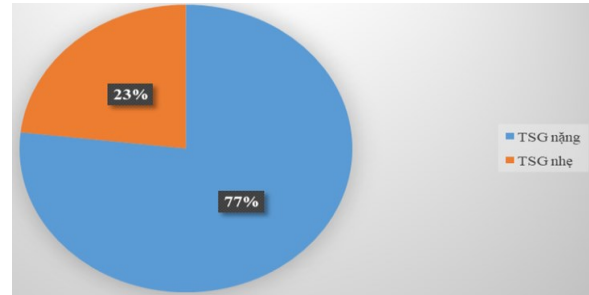
+ Phù phổi.

Xuất hiện triệu chứng thần kinh hoặc thị giác (Đau đầu mới bắt đầu và dai dẳng không đáp ứng với thuốc giảm đau sau khi loại trừ các bệnh lý khác, nhìn mờ, lóa sáng, ám điểm).

**2.2. Phương pháp nghiên cứu.** Phương pháp nghiên cứu là hồi cứu mô tả cắt ngang,

được tiến hành với cỡ mẫu thuận tiện. Nghiên cứu của chúng tôi thu thập các thông tin trên toàn bộ hồ sơ bệnh án điện tử đủ tiêu chuẩn lựa chọn tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội trong thời gian từ 01/01/2022 đến 31/12/2022. Trong khoảng thời gian này cỡ mẫu chúng tôi thu thập được là 125 bệnh nhân.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**



**Biểu đồ 3.1. Phân loại tiền sản giật**

**Nhận xét:** TSG trong nghiên cứu của chúng tôi được phân loại theo ACOG (2020) [3] gồm: TSG có dấu hiệu nặng (TSG nặng) có 96 thai phụ và nhóm TSG không có dấu hiệu nặng (TSG nhẹ) có 29 thai phụ. Tỷ lệ thai phụ bị TSG nặng trong nghiên cứu cao gấp 3 lần nhóm TSG nhẹ.

**Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

Mức độ TSG	Đặc điểm	TSG nhẹ		TSG nặng		Tổng	
		n	%	n	%	n	%
Tuổi	$\geq 35$	4	3,2	43	34,4	47	37,6
	$< 35$	25	16,7	53	42,4	78	62,4
Tuần thai trung bình được chẩn đoán TSG		$34,9 \pm 2,4$		$32,4 \pm 4,1$		$33,0 \pm 3,9$	
Số lượng thai	Đơn thai	22	75,9	85	88,5	107	85,6
	Đa thai	7	24,1	11	11,5	18	14,4
Cách thức có thai	IVF/IUI	8	27,5	18	18,8	26	20,8
	Tự nhiên	21	72,4	78	81,2	99	79,2

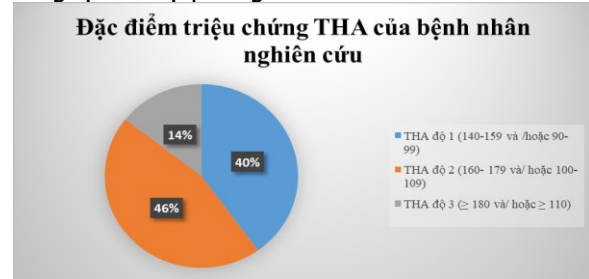
**Nhận xét:** Nhóm bệnh nhân nghiên cứu đa số nằm trong độ tuổi trong nhóm  $< 35$  tuổi, chiếm tỷ lệ 62,4%. Tuổi thai trung bình khi được vào viện chẩn đoán TSG là  $33,0 \pm 3,9$  tuổi. Chủ yếu là sản phụ đơn thai (85,6%). Thai tự nhiên chiếm 72,8%.

**Bảng 3.2. Tiền sử bệnh lý của đối tượng nghiên cứu**

Tiền sử bệnh lý của đối tượng nghiên cứu	n	%	
Có sàng lọc, dự phòng TSG	5	4,0	
Tiền sử mang thai lần trước	Có tiền sản giật	7	5,6
	Thai chậm phát triển trong tử cung	6	4,8
	Thai lưu	18	14,4

**Nhận xét:** Về tiền sử lần mang thai trước trong nghiên cứu có 5,6% có tiền sử bị TSG,

4,8% có tiền sử thai chậm phát triển trong tử cung, 14,4% có tiền sử thai lưu. Đa phần không sàng lọc và dự phòng TSG.



**Biểu đồ 3.2. Đặc điểm triệu chứng THA của bệnh nhân nghiên cứu**

**Nhận xét:** Đa số bệnh nhân TSG vào viện có THA độ 2, chiếm tỷ lệ 46%. THA độ 3 chiếm 14,4%.

**Bảng 3.3. Đặc điểm triệu chứng phù của đôi tượng nghiên cứu**

Triệu chứng phù	TSG nặng		TSG nhẹ		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Không phù	18	14,4	6	4,8	24	19,2
Có phù	78	62,4	23	18,4	101	80,8
Phù hai chân	53	42,4	15	12	68	67,3
Phù toàn thân	22	17,6	8	6,4	30	29,7
Có dịch ổ bụng và/hoặc tràn dịch màng phổi	3	2,4	0	0	3	3,0

**Nhận xét:** 80,8% thai phụ có phù. Có 19,2% thai phụ được chẩn đoán TSG mà không có phù. Đa số phù hai chi dưới (67,3%).

#### IV. BÀN LUẬN

Theo biểu đồ 3.1, tỷ lệ bệnh nhân TSG nặng 77%. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Trương Thị Linh Giang (2017), tỷ lệ TSG nặng chiếm 46,4% [4]. Nguyên nhân của sự khác biệt này có thể là do Bệnh viện Phụ sản Hà Nội là bệnh viện tuyến cuối về sản phụ khoa tại Hà Nội, nằm ngay trung tâm thành phố nên bệnh viện đón nhận nhiều thai phụ bệnh nặng đến khám hoặc chuyển từ các tuyến dưới lên để điều trị. Bên cạnh đó, nghiên cứu lấy mẫu phân loại TSG theo ACOG (2020) [3], vì vậy tỷ lệ TSG nặng của chúng tôi cao hơn các nghiên cứu trước đây, khi dựa vào tiêu chuẩn cũ.

Kết quả nghiên cứu tại bảng 3.1 cho thấy có 37,6% bệnh nhân ở độ tuổi  $\geq 35$ , độ tuổi cao nhất là 48, phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Loan (36,2%) [5], nhưng cao hơn nghiên cứu của Phạm Thị Hương Giang (9,8% năm 2012; 11,3% năm 2017) [6]. Điều này có thể lý giải là do trong những năm gần đây xu hướng kết hôn muộn, sinh con lần đầu muộn, thụ tinh ống nghiệm, xin noãn ở phụ nữ có tuổi gia tăng làm tăng tỷ lệ thai phụ tiền sản giật trên 35 tuổi. TSG thường xuất hiện ở 3 tháng cuối của thai kỳ. Tuổi thai trung bình chẩn đoán TSG là  $33,0 \pm 3,9$  tuần (bảng 3.1). Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Trương Thị Linh Giang (2017) [4].

Trong 125 thai phụ nghiên cứu có tới 18 thai phụ là đa thai chiếm 14,4%. Mang đa thai luôn có nguy cơ tăng cao các bệnh lý trong thai kỳ như tiền sản giật, đái tháo đường thai kỳ... Do vậy thai phụ song thai và đa thai cần khám và quản lý thai nghén chặt chẽ phát hiện điều trị kịp thời bệnh lý TSG. Ngoài ra, tỷ lệ mắc TSG cũng tăng ở những trường hợp thụ tinh ống nghiệm (IVF) đã được chứng minh ở một số nghiên cứu. Những sản phụ thai IVF có nguy cơ mắc TSG gấp

1,8 lần thai tự nhiên có ý nghĩa thống kê với CI 95% 1,6-2,1 [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 26/125 trường hợp là thai hỗ trợ sinh sản- thụ tinh ống nghiệm (20,8%).

Theo Lê Thị Mai thai phụ có tiền sử thai lưu nguy cơ bị TSG cao gấp 4,3 lần so với nhóm thai phụ không có tiền sử thai lưu và nhóm thai phụ có tiền sử TSG/ SG cũng có nguy cơ mắc cao gấp 12 lần [8]. Kết quả nghiên cứu Bảng 3.2 cho thấy có 5,6% thai phụ có tiền sử TSG/ SG lần mang thai trước, 14,4% thai phụ có tiền sử thai chết lưu, chỉ có 4,8% thai phụ có tiền sử thai chậm phát triển trong tử cung tương tự kết quả nghiên cứu của Trần Thị Hiền 2014 [9]. Bảng 3.2 cho thấy trong nhóm nghiên cứu, đa số là những thai phụ không sàng lọc và dự phòng TSG. Chỉ có 5 trường hợp trong nghiên cứu có sàng lọc và dự phòng TSG (4%). 120 trường hợp thai phụ không được chỉ định hoặc không đồng ý sàng lọc, dự phòng TSG. Tỷ lệ sàng lọc TSG trong nghiên cứu của chúng tôi thấp, điều này có thể giải thích do đa số các thai phụ khám, quản lý thai tại các cơ sở phòng khám tư nhân nên chưa được tư vấn và tiếp cận với xét nghiệm sàng lọc TSG. Do vậy cần đẩy mạnh công tác truyền truyền, tư vấn sàng lọc TSG.

THA là dấu hiệu quan trọng nhất, đến sớm nhất, gặp nhiều nhất có giá trị tiên lượng cho cả mẹ và con. Theo biểu đồ 3.2, thai phụ trong nghiên cứu chủ yếu là THA độ 1 và độ 2, trong đó độ 2 chiếm tỷ lệ cao nhất chiếm 46%. THA là dấu hiệu chỉ điểm tin cậy của bệnh lý TSG. Theo nghiên cứu của Trương Thị Linh Giang (2017) [4], THA có giá trị tiên lượng cho cả mẹ và con, chính THA trong TSG - SG là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong cũng như các biến chứng cho mẹ và con. Điều này đồng nghĩa với việc khi người phụ nữ mang thai có THA thì khám thai và theo dõi, điều trị cần sát sao hơn nhằm tránh những biến chứng nặng nề có thể xảy ra như SG.

Phù là một triệu chứng thường gặp của TSG. Tuy nhiên, triệu chứng phù có thể xuất hiện trên những thai phụ bình thường. Dấu hiệu phù không phải là tiêu chuẩn để chẩn đoán TSG, nhưng là dấu hiệu gợi ý quan trọng để dự đoán khả năng phát sinh những rối loạn THA trong thai kỳ nên người ta vẫn nhất trí rằng khi phân loại các rối loạn của TSG không thể bỏ qua dấu hiệu này và mức độ trầm trọng của phù có nguy cơ xảy ra phù phổi cấp và sản giật kèm theo. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: Phần lớn bệnh nhân vào viện với chẩn đoán là TSG có triệu chứng phù kèm theo với 101 trường hợp, chiếm 80,8%. Trong đó chủ yếu vẫn là phù nhẹ

có 68 trường hợp chiếm 67,3%; và có 30 trường hợp biểu hiện phù to toàn thân, chiếm 29,7%; 3 trường hợp có tràn dịch đa màng (3%). Chỉ có 24 trường hợp bệnh nhân không có phù, chiếm 19,2%. Trong đó có 18 trường hợp TSG nặng. Nghiên cứu của Phạm Thị Hương Giang (2018), phù là dấu hiệu hay gặp ở thai phụ TSG nặng - SG (98,5%), trong đó phù toàn thân chiếm tỉ lệ 44,8% [6].

## V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ bệnh nhân TSG nặng là 77%. Tuổi thai trung bình của thai phụ trong nghiên cứu là  $32 \pm 6$  tuổi. Tuổi thai trung bình khi được vào viện chẩn đoán TSG là  $33.0 \pm 3.9$ . Đa phần thai phụ bị bệnh trong nhóm nghiên cứu không sàng lọc và dự phòng TSG chiếm 96%. THA và phù là hai dấu hiệu thường gặp trong TSG, trong đấy THA là dấu hiệu quan trọng nhất, đến sớm nhất, gặp nhiều nhất có giá trị chẩn đoán và tiên lượng cho cả mẹ và con.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization**, 2011. WHO recommendations for prevention and treatment of preeclampsia and eclampsia.

2. **Luật Việt Nam**, 2021. Quyết định số 1911/QĐ-BYT ngày 19 tháng 4 năm 2021. Hướng dẫn sàng lọc và điều trị dự phòng tiền sản giật.
3. **ACOG Practice Bulletin Summary**, 2020. Gestational Hypertension and Preeclampsia. *Obstet Gynecol* 135(6):1492-1495.
4. **Trương Thị Linh Giang**, 2017. Nghiên cứu giá trị của siêu âm Doppler trong tiên lượng tình trạng sức khỏe của thai ở thai phụ tiền sản giật. Luận văn bác sỹ chuyên khoa II, Đại học Y Hà Nội.
5. **Nguyễn Thị Thanh Loan**, 2012. Nghiên cứu hiệu quả điều trị tiền sản giật nặng bằng phương pháp chấm dứt sớm thai kỳ và điều trị duy trì trên bệnh nhân tiền sản giật nặng. Luận văn bác sỹ nội trú, Đại học y dược Huế.
6. **Phạm Thị Hương Giang**, 2018. Nhận xét thái độ xử trí tiền sản giật tại bệnh viện Phụ sản Thanh Hóa trong hai giai đoạn năm 2012, 2017. Luận văn thạc sỹ y học. Trường Đại học Y Hà Nội.
7. **Sibai B.M.**, 2005. Diagnosis, prevention, and management of eclampsia. *Obstet Gynecol* 105(2): 402-10.
8. **Lê Thị Mai**, 2004. Nghiên cứu tình hình sản phụ bị nhiễm độc thai nghén đề tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2003. Luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội.
9. **Trần Thị Hiền**, 2014. So sánh thái độ xử trí tiền sản giật trong năm 2008 và 2013 tại bệnh viện Phụ Sản Trung Ương. Luận văn bác sỹ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội.

# CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT UNG THƯ TỬ CUNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN K NĂM 2023

Khổng Phương Hảo<sup>1</sup>, Phạm Quốc Đạt<sup>1</sup>, Trần Hữu Vinh<sup>2</sup>  
Phạm Hồng Khoa<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Hà<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

Ung thư cổ tử cung và ung thư nội mạc tử cung là hai loại ung thư chính của tử cung. Việc phẫu thuật cắt tử cung do hai loại ung thư này ngoài những tác động chung về sức khỏe như ung thư khác thì còn ảnh hưởng đến chức năng sinh sản, thiên chức làm mẹ của người phụ nữ. Vì vậy việc chăm sóc điều dưỡng tốt không những giúp người bệnh bình phục nhanh còn giúp ổn định tâm lý. **Mục tiêu:** Mô tả kết quả chăm sóc điều dưỡng người bệnh sau phẫu thuật ung thư tử cung tại Bệnh viện K năm 2023 và một số yếu tố liên quan. **Đối tượng và phương pháp:** Thiết kế mô tả tiến cứu trên 154 người bệnh ung thư cổ tử cung hoặc ung thư nội mạc tử cung tại Bệnh viện K trong năm 2023. **Kết quả:** Tỷ lệ 90,3% người bệnh có kết quả

chăm sóc tốt. Các yếu tố về bệnh mắc kèm, chỉ số khối cơ thể BMI và sự tuân thủ điều trị của người bệnh, người nhà người bệnh là các yếu tố liên quan, ảnh hưởng tới kết quả chăm sóc.

**Từ khóa:** Ung thư tử cung, ung thư cổ tử cung, ung thư nội mạc tử cung, chăm sóc, phẫu thuật

## SUMMARY

### PATIENT CARE AFTER UTERINE CANCER SURGERY AND SOME RELATED FACTORS AT K HOSPITAL IN 2023

Cervical cancer and endometrial cancer are the two main types of cancer of the uterus. Hysterectomy due to these two types of cancer, in addition to the general health effects like other cancers, also affects the woman's reproductive function and motherhood. Therefore, good nursing care not only helps patients recover quickly but also helps stabilize their psychology. **Objective:** Describe the results of nursing care for patients after uterine cancer surgery at K Hospital in 2023 and some related factors. **Subjects and methods:** Prospective descriptive design on 154 patients with cervical cancer or endometrial cancer at K Hospital in 2023. **Results:**

<sup>1</sup>Bệnh viện K

<sup>2</sup>Trường Đại học Thăng Long

Chịu trách nhiệm chính: Khổng Phương Hảo

Email: haokhong87@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2023

Ngày duyệt bài: 28.11.2023