

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA CỦA THAI PHỤ TIỀN SẢN GIẬT TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Nguyễn Thị Thu Hà^{1,2}, Đỗ Tuấn Đạt^{1,3}, Phan Thị Huyền Thương^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả điều trị nội khoa ở 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 thai phụ tiền sản giật (TSG) có dấu hiệu nặng là 76,8%. Phần lớn thai phụ trong nhóm nghiên cứu được điều trị với 2 loại thuốc hạ áp trở lên (76,2%) và được dự phòng cơn giật với Magie sulfat (67,2%). 62,1% thai phụ có tuổi thai <34 tuần được điều trị corticoid trước sinh và 60,6% thai phụ có tuổi thai <32 tuần được điều trị Magie sulfat bảo vệ não cho thai. Tuổi thai trung bình ở thời điểm chấm dứt thai kỳ là 33,0±3,9. Có 4,8% thai phụ được gây chuyển dạ; 7,2% chuyển dạ tự nhiên, 88,0% mổ lấy thai chủ động, chủ yếu do biến chứng của tiền sản giật, trong đó chỉ định chấm dứt thai kỳ thường gặp nhất trong nhóm nghiên cứu do điều trị nội khoa thất bại chiếm 31,9%. **Kết luận:** Tuổi thai tại thời điểm chấm dứt thai kỳ cao hơn so với thời điểm chẩn đoán. Quản lý trước sinh và điều trị nội khoa cải thiện đáng kể kết quả sản khoa. Cần phải thận trọng trong quá trình theo dõi điều trị nội do bệnh diễn tiến phức tạp, có nhiều nguy hiểm cho cả mẹ và thai. **Từ khóa:** Kết quả, điều trị nội khoa, tiền sản giật.

SUMMARY

OUTCOMES OF CONSERVATIVE MANAGEMENT IN PRE-ECLAMPSIA AT HA NOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Objective: To evaluate the results of expectant management in 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:** There were 96 patients (76.8%) diagnosed with PE. Of these, 76.2% were treated with combination therapy for treatment hypertension (two or more antihypertensive drugs) and 67.2% were treated with Magnesium sulfate to prevent eclampsia. Among those with gestational age under 34 weeks, 62.1% were given antenatal corticosteroids and among those with gestational age under 32 weeks, 60.6% received antenatal Magnesium sulfate as an infant neuroprotectant. The

average gestational ages at delivery was 33.0±3.9. Among these, induction of labor was only 4.8%, 7.2% had spontaneous labor and 88.0% had elective caesarean section, mainly due to the complications of preeclampsia. The most common indication for termination was due to failure of conservative management (31.9%). **Conclusion:** Gestational age at the termination of pregnancy improved significantly. Antenatal management and medication treatment will markedly change obstetric outcomes. It is prudent to manage maternal and fetal condition due to complicated progress and dangerous complications.

Keywords: outcome, conservative management, preeclampsia.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiền sản giật (TSG) là một hội chứng bệnh lý toàn thân phức tạp do thai nghén và gây tổn thương các cơ quan đích của mẹ trong nửa cuối của thai kỳ hoặc sau sinh. TSG ảnh hưởng đến 2%–10% tổng số thai kỳ trên toàn thế giới và là một trong những nguyên nhân hàng đầu làm tăng tỷ suất chết ở mẹ và trẻ sơ sinh với 50000-60000 cái chết liên quan đến TSG mỗi năm trên toàn thế giới [1-2].

TSG có thể gây những biến chứng nặng cho mẹ như sản giật, rau bong non, rối loạn đông máu và cho thai như đẻ non, sơ sinh nhẹ cân, thai chậm phát triển, nặng nề hơn là tử vong mẹ và thai do diễn biến bệnh lý phức tạp. Thái độ xử trí và hướng điều trị thai phụ TSG phụ thuộc vào nhiều yếu tố như tuổi thai phát hiện bệnh, mức độ nặng của bệnh, đặc biệt khó khăn trong trường hợp TSG nặng, thai non tháng. Chấm dứt thai kỳ luôn là một biện pháp điều trị đặc hiệu do loại bỏ được nguyên nhân gây bệnh là bánh rau. Mặc dù chấm dứt thai kỳ là một biện pháp điều trị dứt điểm, song không phải lúc nào cũng có thể đưa ra quyết định chấm dứt thai kỳ ngay mà phải cân nhắc điều trị nội khoa. Nếu có thể kéo dài tuổi thai thêm 2 tuần hoặc lâu hơn, thai nhi cũng trưởng thành hơn đáng kể và giảm các vấn đề liên quan đến đẻ non sau sinh. Điều trị nội khoa bao gồm thuốc hạ áp, Magie sulfat dự phòng sản giật, liệu pháp corticoid trước sinh và Magie sulfat bảo vệ não thai nhi. Hàng năm, tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội có nhiều sản phụ bị TSG với bệnh cảnh diễn biến nặng, để lại nhiều biến chứng cho cả mẹ và con. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Nhận xét kết quả điều trị nội khoa của thai phụ tiền sản giật tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội năm 2022.*

¹Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội

²Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

³Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Hà

Email: thuha.ivf@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2024

Ngày duyệt bài: 21.3.2024

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Các thai phụ được chẩn đoán xác định TSG được theo dõi, điều trị và kết thúc thai kỳ tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ ngày 01/01/2022 đến ngày 31/12/2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Các thai phụ được chẩn đoán xác định là TSG, được điều trị và kết thúc thai kỳ tại khoa Sản bệnh, bệnh viện Phụ sản Hà Nội.
- Có hồ sơ lưu trữ thông tin đầy đủ.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Sản phụ chấm dứt thai kỳ vì nguyên nhân khác kèm theo
- Sản phụ mắc các bệnh tâm thần, rối loạn trí nhớ

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu, dựa trên hồ sơ bệnh án.

Cỡ mẫu nghiên cứu: Xác định cỡ mẫu cho nghiên cứu theo công thức

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

Trong đó: n: Cỡ mẫu nghiên cứu.

Z: Giới hạn tin cậy tương ứng với $\alpha = 0,05$ → hệ số tin cậy: $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ (là giá trị thường được phổ biến trong các nghiên cứu).

p = 0,438 là tỷ lệ triệu chứng phù trong bệnh lý TSG theo nghiên cứu của Trương Thị Linh Giang (2017) tại Bệnh viện Trung Ương Huế [3].

q = 1 - p = 1 - 0,438 = 0,562

ϵ chọn bằng 0,2. Tính được n = 124. Thực tế,

thu được 125 hồ sơ bệnh án thỏa mãn tiêu chuẩn nghiên cứu

Các biến số chính:

- Tiêu chuẩn chẩn đoán tiền sản giật:
 - + Huyết áp tối đa ≥ 140 mmHg hoặc huyết áp tối thiểu ≥ 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.
 - + protein niệu: $\geq 0,3$ g/l trong mẫu nước tiểu 24h hoặc 0,5 g/l trong mẫu nước tiểu bất kỳ.
 - + Các dấu hiệu nặng: HA $\geq 160/110$ mmHg, giảm tiểu cầu (<100 G/L), giảm chức năng gan (men gan tăng ≥ 2 lần ngưỡng trên giới hạn bình thường), giảm chức năng thận (nồng độ creatinin huyết tương $\geq 1,1$ mg/dl hoặc tăng gấp đôi sau khi loại trừ các bệnh lý thận khác), phù phổi cấp, đau thượng vị hoặc đau vùng gan, xuất hiện triệu chứng thần kinh hoặc thị giác (đau đầu mới xuất hiện, dai dẳng không đáp ứng với thuốc giảm đau sau khi loại trừ các bệnh lý khác, nhìn mờ, ám điểm).

- Kết quả điều trị nội khoa: tuổi thai tại thời điểm chấm dứt thai kỳ, số ngày điều trị nội khoa, thuốc sử dụng cho mẹ, thuốc sử dụng cho thai, phương pháp chuyển dạ, lý do chấm dứt thai kỳ, trọng lượng sơ sinh.

Xử lý số liệu: Các số liệu trong nghiên cứu được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0 theo các thuật toán thống kê.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua bởi các cấp có thẩm quyền và lãnh đạo Bệnh viện Phụ sản Hà Nội.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		TSG không có dấu hiệu nặng		TSG có dấu hiệu nặng		Chung	
		n	%	n	(%)		
Tăng huyết áp	HA tâm thu (X \pm SD)	145,1 \pm 5,5 (130-150)		158,2 \pm 24,2 (110-260)		155,2 \pm 22,3 (110-260)	
	HA tâm trương (X \pm SD)	94,9 \pm 6,8 (80-100)		96,7 \pm 14,0 (70-160)		95,9 \pm 12,0 (70-160)	
Phù	Không phù	6	20,7	18	18,7	24	19,2
	Có phù	23	79,3	78	81,3	101	80,8
Protein niệu (g/l)	<0,5	4	13,8	25	26,0	29	23,3
	$\geq 0,5$	25	86,2	71	74,0	96	76,8

Nhận xét: Đa số thai phụ TSG có dấu hiệu nặng đều có tăng huyết áp từ độ 2 trở lên (45,6%), có phù (80,8%) và protein niệu $\geq 0,5$ g/l (76,8%).

Bảng 3.2. Thuốc điều trị nội khoa

Loại thuốc		TSG không có dấu hiệu nặng		TSG có dấu hiệu nặng	
		n	%	n	%
Thuốc cho mẹ					
Thuốc hạ áp	1 loại	18	62,1	8	8,3
	≥ 2 loại	11	37,9	88	91,7
Magie sulfat	Có	3	10,3	81	84,3
	Không	26	80,7	15	34,4

Thuốc cho con					
Corticoid (thai < 34 tuần) (n=60)	Có	11	100,0	46	76,7
	Không	0	0,0	14	23,3
Magie sulfat (thai < 32 tuần) (n=27)	Có	4	55,6	16	59,3
	Không	2	44,4	11	40,7

Nhận xét: Trong nhóm TSG có dấu hiệu nặng, đa số thai phụ được điều trị từ hai loại thuốc hạ áp trở lên (91,7%) và được dự phòng cơn giật với Magie sulfat (84,3%). Trong nhóm TSG không có dấu hiệu nặng, thai phụ được điều trị với một loại thuốc hạ áp nhiều hơn (62,1%).

Đa số thai phụ có tuổi thai <34 tuần (57 trường hợp) được sử dụng corticoid. Thai phụ có tuổi thai <32 tuần có 33 trường hợp và có 60,6% trường hợp được sử dụng Magie sulfat bảo vệ não thai nhi.

Bảng 3.3. Phân bố tuổi thai lúc chấm dứt thai kỳ

Tuổi thai lúc đình chỉ	Phân loại TSG		TSG không có dấu hiệu nặng		TSG có dấu hiệu nặng		Chung	
			n	%	n	%	n	%
< 28			0	0	11	11,5	11	8,8
28-34			8	27,6	41	42,7	49	39,2
> 34			21	72,4	44	45,8	65	52
Trung bình			34,9 ± 2,4		32,4 ± 4,1		33,0 ± 3,9	

P=0,022

Nhận xét: Thời điểm kết thúc thai kỳ sau 34 tuần của nhóm thai phụ trong nghiên cứu chiếm 52%. Tuổi thai trung bình lúc kết thúc thai kỳ của nhóm TSG có dấu hiệu nặng thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm không có dấu hiệu nặng.

Bảng 3.4. Kết quả điều trị nội khoa

		TSG không có dấu hiệu nặng		TSG có dấu hiệu nặng		Chung	
		n	%	n	%	n	%
Phương pháp chấm dứt thai kỳ	Chuyển dạ tự nhiên	1	3,4	8	8,3	9	7,2
	Gây chuyển dạ	1	3,4	5	5,2	6	4,8
	Mổ lấy thai	27	93,2	83	86,5	110	88,0
	P = 0,39						
Trọng lượng sơ sinh	P < 2500g	17	60,7	67	73,6	84	70,6
	P ≥2500g	11	39,3	24	26,4	35	29,4
	Tổng	28	100,0	91	100,0	119	100,0
	Trung bình	2184,1 ± 633,5		1857,3 ± 814,7		1932,6 ± 794,4	
	P=0,034						
Số ngày điều trị	Chấm dứt thai kỳ ngay	6	20,7	24	25,0	30	24,0
	2 ngày	16	55,2	21	21,9	37	29,6
	3-7 ngày	2	6,9	37	38,5	39	21,2
	>7 ngày	5	17,2	14	14,6	19	15,2
	X±SD	6,1 ± 9,7 (1-48)		4,2 ± 4,4 (1-28)		4,6 ± 6,1(1-48)	
	P = 0,047						

P = 0,047

Nhận xét: Phần lớn các thai phụ TSG đều phải chấm dứt thai kỳ chủ động (92,8%) và bằng mổ lấy thai (88,0%). Chủ yếu thai phụ TSG được điều trị nội dưới 7 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất (84,8%). Trọng lượng trung bình của 119 trẻ sơ sinh sống là 1932,6 ± 794,4 và có sự khác biệt giữa nhóm TSG có dấu hiệu nặng và không có dấu hiệu nặng

Bảng 3.5. Chỉ định chấm dứt thai kỳ trong TSG

Lý do	TSG không có dấu hiệu nặng		TSG có dấu hiệu nặng		Chung	
	n	%	n	%	n	%
Thai IUGI	5	17,9	8	9,1	13	11,2
Rau bong non	0	0,0	1	1,1	1	0,86
Thai suy	5	17,9	7	8,0	12	10,3
Điều trị nội khoa thất bại	8	28,6	29	33,0	37	31,9
Sản giật	0	0,0	1	1,1	1	0,86
TSG nặng (thai ≥ 34 tuần)	0	0,0	18	20,5	18	15,5

TSG (thai \geq 37 tuần)	9	32,1	19	21,6	28	24,2
Thai lưu	1	3,5	5	5,6	6	5,2
Tổng	28	100	88	100	116	100

Nhận xét: Chỉ định chấm dứt thai kỳ thường gặp nhất trong nhóm nghiên cứu do điều trị nội khoa thất bại chiếm 31,9%.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành 125 thai phụ TSG, trong đó có 96 thai phụ (76,8%) được chẩn đoán là TSG có dấu hiệu nặng và 29 thai phụ (23,2%) được chẩn đoán là TSG không có dấu hiệu nặng. Tiền sản giật là nguyên nhân gây tăng huyết áp thứ phát thường gặp nhất trong thực hành lâm sàng và chấm dứt thai kỳ luôn là một biện pháp điều trị đặc hiệu do loại bỏ được nguyên nhân gây bệnh là bánh rau. Mặc dù chấm dứt thai kỳ là một biện pháp điều trị dứt điểm, nếu có thể kéo dài tuổi thai thêm 2 tuần hoặc lâu hơn, thai nhi cũng trưởng thành hơn đáng kể và giảm các vấn đề liên quan đến đẻ non sau sinh. Chấm dứt thai kỳ là cần thiết nếu không thể kiểm soát được huyết áp, tiểu cầu < 50 G/L, creatinin tăng ≥ 120 $\mu\text{mol/l}$, tổn thương chức năng gan, có dấu hiệu nặng khác do TSG hoặc khi điều trị nội thất bại. Điều trị nội khoa trong TSG không chỉ dừng lại ở thuốc điều trị tăng huyết áp, còn có Magie sulfat trong dự phòng, điều trị sản giật cũng như bảo vệ não thai nhi ở tuổi thai dưới 34 tuần và liệu pháp corticoid trước sinh.

Các loại thuốc hạ áp trong điều trị tiền sản giật hiện tại được sử dụng tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội bao gồm Methyldopa, Amlordipin, Nicardipin và Magie Sulfat. Kiểm soát huyết áp là yêu cầu bắt buộc trong điều trị nội khoa với TSG có dấu hiệu nặng. Bảng 3.2 cho thấy phần lớn thai phụ TSG có dấu hiệu nặng trong nghiên cứu được dùng từ hai loại thuốc hạ áp trở lên (91,7%) và được dự phòng sản giật với Magie sulfat (84,3%); trong khi ở nhóm TSG không có dấu hiệu nặng, thai phụ chỉ cần dùng một loại thuốc hạ áp nhiều hơn nhóm dùng hai loại thuốc hạ áp trở lên (62,1% với 37,9%). Trong nhóm thuốc điều trị cho con, liệu pháp corticoid trước sinh được chứng minh làm giảm đáng kể tỷ lệ suy hô hấp, các biến chứng ở sơ sinh non tháng (thai < 34 tuần) và Magie sulfat có vai trò bảo vệ não thai nhi khi thai < 32 tuần [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số thai phụ có tuổi thai < 34 tuần (57 trường hợp) được sử dụng corticoid. Thai phụ có tuổi thai < 32 tuần có 33 trường hợp và có 60,6% trường hợp được sử dụng Magie sulfat bảo vệ não thai nhi. Những trường hợp không được dùng corticoid và Magie

sulfat do chỉ định chấm dứt thai kỳ cấp cứu vì mẹ hội chứng HELLP, rau bong non hoặc thai chậm phát triển nặng, tiên lượng sơ sinh dè dặt.

Kết quả bảng 3.3 cho thấy tuổi thai trung bình ở thời điểm chấm dứt thai kỳ $33,0 \pm 3,9$, tỷ lệ chấm dứt thai kỳ sau 34 tuần chiếm 52%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ chuyển dạ tự nhiên là 7,2%, gây chuyển dạ 4,8% và 88,0% là mổ lấy thai chủ động (Bảng 3.4). 6 trường hợp gây chuyển dạ là do thai lưu từ trước khi nhập viện. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với tác giả Nguyễn Việt Tiến với tỷ lệ mổ lấy thai chủ động là 90,3% và tác giả Lâm Đức Tâm (2023) với chỉ định mổ lấy thai là 94,5% [5-6]. Bảng 3.4 cũng cho thấy số ngày điều trị trung bình của thai phụ TSG là $4,6 \pm 6,1$; trong đó phần lớn thời gian điều trị nội là dưới 7 ngày (84,8%). Trọng lượng trung bình của 119 trẻ sơ sinh sống là $1932,6 \pm 794,4$ gram với nhóm TSG không có dấu hiệu nặng, TSG có dấu hiệu nặng tuổi thai trung bình ở thời điểm chấm dứt thai kỳ nhỏ hơn, thời gian điều trị nội khoa ngắn hơn và trọng lượng trung bình của sơ sinh sống thấp hơn có ý nghĩa thống kê. Kết quả này phù hợp với phân nhóm mức độ nặng của TSG trong nghiên cứu và TSG có dấu hiệu nặng thường có xu hướng chấm dứt thai kỳ sớm nhằm giảm thiểu nguy cơ cho mẹ nên thai thường non tháng hơn, trọng lượng sơ sinh nhỏ hơn.

Nghiên cứu của chúng tôi đánh giá quá trình nội khoa bằng các nhóm thuốc điều trị tăng huyết áp, chống cơn giật nhằm kéo dài tuổi thai và giảm các biến chứng cho mẹ và thai nhi, đặc biệt các biến chứng liên quan đến đẻ non và thai chậm phát triển. Tuy nhiên, TSG là một bệnh lý có diễn biến đột ngột, không thể dự đoán trước nên cần theo dõi sát. Vì vậy, khi có diễn tiến bất thường, chúng tôi ghi nhận chỉ định chấm dứt thai kỳ bằng khởi phát chuyển dạ hoặc mổ lấy thai chủ động, mổ lấy thai cấp cứu. Bảng 3.5 cho thấy lý do chính mà 116 trường hợp có chỉ định chấm dứt thai là do điều trị nội khoa thất bại (31,9%) và tỷ lệ này tương đương ở cả hai nhóm TSG không có dấu hiệu nặng (28,6%) và TSG có dấu hiệu nặng (33,0%). Nguyên nhân chính dẫn đến chỉ định mổ lấy thai ở nghiên cứu này cũng là điều trị nội khoa thất bại chiếm 33,6%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Tiến Vinh [7], tỷ lệ mổ lấy thai do điều trị nội khoa không kết quả chiếm 43,8%. Tỷ lệ này trong nghiên cứu của Trần Thị Hiền [8] năm 2008 là 59,7%, năm 2013 là

63,7%. Điều trị nội khoa thất bại khi TSG có diễn biến nặng lên, không đáp ứng với các loại thuốc điều trị và vì vậy hầu hết phải chấm dứt thai kỳ với mổ lấy thai. Do đó, khi thai phụ bị TSG, nguy cơ mổ lấy thai gia tăng lên rất nhiều, đồng thời góp phần gia tăng nguy cơ cho thai kỳ kế tiếp. Chỉ có 11,2% trường hợp phải chấm dứt thai kỳ vì thai chậm phát triển trong buồng tử cung; 10,3% do thai suy và có hai trường hợp do sản giật và rau bong non. Kết quả của chúng tôi thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Trần Thị Hiền [8], tỷ lệ chấm dứt thai kỳ vì thai suy năm 2013 là 60,5%, năm 2008 là 51,5%; thai chậm phát triển trong tử cung năm 2013 là 61%, năm 2008 là 68,0%. Giải thích sự khác biệt này, theo chúng tôi hiện nay các bác sỹ luôn cố gắng kéo dài thời gian điều trị nội khoa giúp thai nhi trưởng thành hơn trong bụng mẹ, giảm nguy cơ do non tháng cho sơ sinh. Rõ ràng, việc hiểu biết và nhận thức về mức độ nặng của TSG, quan tâm đúng đắn về điều trị nội khoa cũng có thể cải thiện kết quả điều trị TSG tốt hơn trước đây, vì vậy giảm tỷ lệ điều trị nội thất bại, cũng như giảm tỷ lệ biến chứng về phía thai cần phải chấm dứt thai kỳ.

V. KẾT LUẬN

Tiền sản giật là hội chứng bệnh lý gây tổn thương nhiều cơ quan đích ở cơ thể mẹ và để lại nhiều biến chứng nặng cho cả mẹ và thai. Điều trị nội khoa trong TSG có vai trò quan trọng, đặc biệt đối với thai nhi nhằm giảm tỷ lệ tử vong và các biến chứng liên quan đến thai non tháng. Trong nhóm nghiên cứu, có 88,0% thai phụ chấm dứt thai kỳ bằng mổ lấy thai; 4,8% với

khởi phát chuyển dạ và 7,2% chuyển dạ tự nhiên. Tuy nhiên, tỷ lệ thất bại với điều trị nội khoa còn cao, lên tới 31,9%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hypertension in Pregnancy** (2013). Report of the ACOG Task Force on Hypertension in Pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*, 2013; 122, 1122-1131.
2. **L. Duley** (1992). Maternal mortality associated with hypertensive disorders of pregnancy in Africa, Asia, Latin America and the Caribbean. *Br J Obstet Gynaecol*, 99 (7), 547-553.
3. **T. L. G. Trương** (2022). Nghiên cứu giá trị của siêu âm doppler trong tiên lượng tình trạng sức khỏe của thai ở thai phụ tiền sản giật. *Tạp chí Điện quang & Y học hạt nhân Việt Nam*, (29), 48-48.
4. **M. D. Simona Constantinescu, Andrei Chilianu, Radu Vladareanu.** (2013). Magnesium Sulfate: Fetal Neuroprotective Role in Reducing the Risk of Cerebral Palsy. *Donald School J Ultrasound Obstet Gynecol* 2013;7(1):98-104.
5. **V. T. Nguyễn and T. H. Nguyễn** (2017). Kết quả xử trí tiền sản giật tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương trong năm 2015. *Tạp chí Phụ sản*, 15 (2), 24 - 29.
6. **P. T. K. T. Lâm Đức Tâm, Quận Kim Phụng, et al** (2023). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị tiền sản giật tại Bệnh viện đa khoa Trung ương Cần Thơ. *Tạp chí Y dược học Cần Thơ*, 58,
7. **N. T. Vinh** (2018). Nhận xét về tình hình điều trị tiền sản giật thai nghén từ 28-3 tuần tại Bệnh viện phụ sản trung ương, Luận văn bác sỹ chuyên khoa II, Trường Đại học y Hà Nội.
8. **Taylor M.J, Shalev E, Tanawattanacharoen S et al** (2002). Ultrasound-guided umbilical cord occlusion using bipolar diathermy for Stage III/IV twin-twin transfusion syndrome. *Prenat Diagn*, 22 (1), 70-76.

TỈ LỆ GIẢM MÙI Ở NGƯỜI BỆNH PARKINSON VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN

Đặng Thị Huyền Thương^{1,2}, Lê Thị Hiền¹, Nguyễn Thị Thu Thúy¹,
Nguyễn Thị Hải¹, Nguyễn Thị Ngọc Ánh¹, Trần Ngọc Tài^{1,2}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Giảm mùi là một triệu chứng sớm của bệnh Parkinson và là một đặc tính hỗ trợ cho chẩn đoán bệnh Parkinson. Tỷ lệ giảm mùi ở người bệnh

Parkinson khác nhau giữa các nghiên cứu. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỉ lệ giảm mùi ở người bệnh Parkinson và tìm các yếu tố liên quan đến giảm mùi ở người bệnh Parkinson. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Đây là nghiên cứu cắt ngang được tiến hành tại bệnh viện Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh. Bệnh nhân được chẩn đoán bệnh Parkinson dựa theo tiêu chuẩn của Hội bệnh Parkinson và Rối loạn vận động thể giới năm 2015 (MDS). Người bệnh được đánh giá chức năng khứu giác dựa vào nghiệm pháp nhận biết mùi Việt Nam (VSIT). Các dữ liệu được thu thập gồm nhân khẩu học và thông tin về bệnh Parkinson. Các thang điểm đánh giá bao gồm MMSE (Mini-Mental State Examination), MDS-UPDRS

¹Bệnh viện Đại Học Y Dược TP Hồ Chí Minh

²Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Ngọc Tài

Email: tai.tn@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2024

Ngày duyệt bài: 20.3.2024