

đương với nghiên cứu của H. Kobara.⁴ 100% khối u là khối giảm âm, 94.2% có cấu trúc âm đồng nhất, 5.8% có cấu trúc âm không đồng nhất, 8.8% có nốt tăng âm trong khối. Tất cả các khối u đều có bờ viền rõ nét và không có hạch xung quanh.

4.3. Đặc điểm mô bệnh học của UDNMDD. Trong nghiên cứu của chúng tôi loại u dưới niêm mạc dạ dày hay gặp nhất là u cơ trơn chiếm 50%, tiếp theo là u GIST chiếm 44.2%, còn lại là các u lành tính khác chiếm 5.8%. Tỷ lệ này có khác biệt so với nghiên cứu của Lee³ gặp 66.2% u GIST, 13.9% u cơ trơn, 19.9% các u lành tính khác.

4.4. Đặc điểm hóa mô miễn dịch. Chúng tôi ghi nhận khối u dương tính với dấu ấn CD117 trong 47.7% (21/44), với dấu ấn CD34 trong 70.6% (12/17), với dấu ấn S100 trong 10.5% (4/38), với dấu ấn DOG1 trong 57.5% (23/40), với dấu ấn SMA trong 46.5% (20/43), với dấu ấn Desmin trong 68% (17/25), với dấu ấn Ki67 trong 85.7% (36/42), với dấu ấn Vimentin trong 100%

4.5. Đối chiếu kết quả siêu âm nội soi với kết quả mô bệnh học và hóa mô miễn dịch của u dưới niêm mạc dạ dày. Trong nghiên cứu của chúng tôi khi so sánh kết quả SANS và MBH kết hợp với hóa mô miễn dịch chúng tôi nhận thấy 96,15% các trường hợp u tế bào hình thoi trên mô bệnh học khi đối chiếu trên hình ảnh SANS là các khối giảm âm đồng nhất xuất phát từ lớp dưới niêm mạc dạ dày. Kết quả hóa mô miễn dịch cho thấy có 23 trường hợp là u GIST, 26 trường hợp là u cơ trơn, 1 trường hợp là Schwannoma. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu của Lee, Hwang JH.⁶ Có 2 khối u có đặc điểm trên SANS và mô bệnh học chưa phù

hợp. Cả hai khối u đều có đặc điểm giảm âm trên SANS nhưng kết quả mô bệnh học một khối UDNM là nang ruột đôi, 1 khối UDNM là u xơ vôi hóa (Calcifying fibrous tumor)

V. KẾT LUẬN

- SANS đơn thuần khó chẩn đoán chính xác được bản chất khối u. Mô bệnh học kết hợp với HMMD trong một số trường hợp sẽ giúp làm tăng tỷ lệ chẩn đoán chính xác của SANS.

- Đặc điểm của khối u trên SANS giúp đánh giá nguy cơ ác tính của khối u.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chak A.** EUS in submucosal tumors. *Gastrointestinal Endoscopy.* 2002;56(4):S43-S48. doi:10.1016/S0016-5107(02)70085-0
2. **Tio TL.** Endosonography in Gastroenterology. Springer Science & Business Media; 2012.
3. **Lee HH, Hur H, Jung H, Jeon HM, Park CH, Song KY.** Analysis of 151 consecutive gastric submucosal tumors according to tumor location. *Journal of Surgical Oncology.* 2011;104(1):72-75.
4. **Kobara H, Mori H, Nishimoto N, et al.** Comparison of submucosal tunneling biopsy versus EUS-guided FNA for gastric subepithelial lesions: a prospective study with crossover design. *Endoscopy international open.* 2017; 5(08):E695-E705.
5. **Rösch T, Kapfer B, Will U, et al.** New techniques accuracy of endoscopic ultrasonography in upper gastrointestinal submucosal lesions: A prospective multicenter study. *Scandinavian journal of gastroenterology.* 2002;37(7):856-862.
6. **Hwang JH, Saunders MD, Rulyak SJ, Shaw S, Nietsch H, Kimmey MB.** A prospective study comparing endoscopy and EUS in the evaluation of GI subepithelial masses. *Gastrointestinal endoscopy.* 2005;62(2): 202-208.

ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ AN TOÀN VÍT KHỐI BÊN C1 QUA CUNG SAU TRONG ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG CỘT SỐNG CỔ MẮT VỮNG

Vũ Văn Cường¹, Đinh Thế Hưng¹, Phạm Hồng Phong²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát giải phẫu đốt sống C1 trên CT scanner và đánh giá mức độ an toàn của kỹ thuật vít qua cung sau C1. **Đối tượng và phương pháp:**

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

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

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hồng Phong

Email: drphamhongphong@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 11.3.2024

Ngày duyệt bài: 26.3.2024

nghiên cứu mô tả lâm sàng có can thiệp, đánh giá kết quả trên 60 bệnh nhân chẩn đoán vỡ C1-C2 mất vững được phẫu thuật vít khối bên C1 qua cung sau và vít qua cuống C2 từ tháng 1 năm 2020 tới nay, trước và sau điều trị. **Kết quả:** 60 bệnh nhân với tổng số 120 vít được bắt qua cung sau C1. Mức độ chính xác của vít C1 sau phẫu thuật: bên trái 100% typ 1, bên phải: 55.6% typ 1 và 45.6% typ 2. **Kết luận:** chúng tôi đã thực hiện bắt vít qua cung sau C1 trong bệnh nhân chấn thương cột sống cổ C1C2 mất vững với độ chính xác cao. Kỹ thuật này đã được kiểm chứng lâm sàng để cung cấp điểm vào và hướng bắt vít chính xác cho việc đặt vít C1 qua cung sau.

Từ khoá: cố định C1-C2, vít qua khối bên, vít qua cuống, cung sau C1

SUMMARY

EVALUATION OF SAFETY FOR C1 LATERAL MASS SCREWS VIA THE POSTERIOR ARCH IN THE TREATMENT OF CERVICAL SPINE TRAUMA INSTABILITY

Objectives: To present the accuracy and safety of a technique posterior arch C1 lateral mass and C2 pedicle screw fixation. **Material and methods:** A prospective study in 60 patients had C1C2 fracture instability. **Results:** A total of 120 screw posterior arch C1 in 60 patients had been inserted. On the postoperative vascular-enhanced computed tomography scan, we analyzed the direction and grade of pedicle perforation: grade 1 (no perforation) 100 % left screw, right screw grade 1 55.4%, grade 2 44.6%. **Conclusion:** we had been inserted posterior arch C1 screw for C1C2 fracture instability with high accurac. This technique has been clinically validated to provide an accuratetrajectory for posterior arch C1 placement in the cervical spine.

Keywords: C1-C2 instrumentation, lateral mass screw, Pedicle screw, posterior arch C1

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương cột sống cổ mất vững C1 - C2 là một tổn thương ít gặp trong chấn thương cột sống nói chung và chấn thương cột sống cổ nói riêng. Tuy nhiên, nếu không được điều trị hợp lý sẽ để lại các di chứng nặng nề ảnh hưởng đến lao động, chất lượng cuộc sống thậm chí là tính mạng của bệnh nhân. Có nhiều phương pháp cổ điển đã được ứng dụng trong phẫu thuật vỡ C1-C2 mất vững như: Gallie, Brooks-Jenkins, phương pháp liên gai sau...Tuy nhiên các nghiên cứu đã chỉ ra rằng tỷ lệ không liền xương của các phương pháp này còn rất cao (khoảng 80%) và không đảm bảo tính vững chắc khi vận động cột sống cổ. Vít qua khớp được Margel tiến hành đầu tiên, nó đảm bảo được tính ổn định cơ sinh học cao. Tuy nhiên kỹ thuật vít qua khớp chống chỉ định trong các trường hợp gù cột sống cổ, bệnh nhân béo phì, đặc biệt ở các bệnh nhân có biến đổi giải phẫu động mạch đốt sống vùng C1 - C2. Năm 1994, Goel và Laheri đã ứng dụng kỹ thuật bắt vít trực tiếp khối bên C1 và vít qua cuống C2 bằng hệ thống nẹp vít có hy sinh hạch thần kinh C2. Đến năm 2000, Harms và Melcher đã cải tiến kỹ thuật vít trực tiếp khối bên C1 và vít qua cuống C2 bằng hệ thống ốc vít đa trục. Tuy nhiên, kỹ thuật Harms có nhược điểm là hệ thống vít sẽ gây kích thích rễ C2, gây tổn thương rễ và phẫu thuật mất máu do bộc lộ trực tiếp đám rối tĩnh mạch C1 - C2. Năm 2001, Resnick và Benzell đã tiến hành bắt vít khối bên C1 qua cung sau để hạn chế các nguy cơ do kỹ thuật

Harms gây nên.

Trên cơ sở đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá mức độ an toàn của vít khối bên C1 qua cung sau nhằm mục tiêu:

1. Khảo sát giải phẫu đốt sống C1 trên CTScanner.
2. Đánh giá mức độ an toàn của kỹ thuật vít qua cung sau C1.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: gồm 60 bệnh nhân chẩn đoán vỡ C1-C2 mất vững được phẫu thuật vít khối bên C1 qua cung sau và vít qua cuống C2 từ tháng 1 năm 2020 tới nay tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Các bệnh nhân được thăm khám lâm sàng tỉ mỉ, có chẩn đoán hình ảnh cần thiết (X-quang, CT scanner, cộng hưởng từ) để chẩn đoán xác định chấn thương mất vững C1 - C2:

- Lâm sàng: BN có biểu hiện đau cột sống cổ, hạn chế vận động.
- Chẩn đoán hình ảnh:
 - Gãy mỏm nha (Type II), khớp giả mỏm nha sau chấn thương
 - Vỡ C1 (Type II, III) kèm theo đứt dây chằng ngang (chỉ số Spence > 6.9mm)

Tiêu chuẩn loại trừ: - Những bệnh nhân có các bệnh mạn tính ảnh hưởng tới kết quả phẫu thuật như: suy tim, bệnh lý mạch vành, suy gan, suy thận, viêm cột sống dính khớp... ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu.

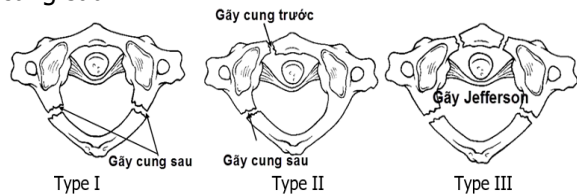
- Có các tổn thương ung thư hay lao.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả lâm sàng có can thiệp, đánh giá kết quả trên từng bệnh nhân, trước và sau điều trị.

2.3. Các biến số, chỉ số nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân được chụp X-quang quy ước (thẳng, nghiêng, há miệng) và CT scanner 64 dãy có dựng hình động mạch ống sống trước và sau phẫu thuật.

Thương tổn giải phẫu: Phân loại tổn thương vỡ C1 (Levin và Edwards)

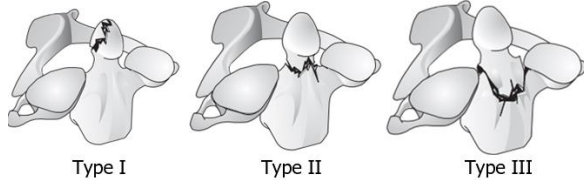
- Type I: Gãy cung sau đơn thuần
- Type II: Gãy một cung trước và một cung sau
- Type III: Gãy hai vị trí ở cung trước và cung sau



Hình 1: Phân loại vỡ C1

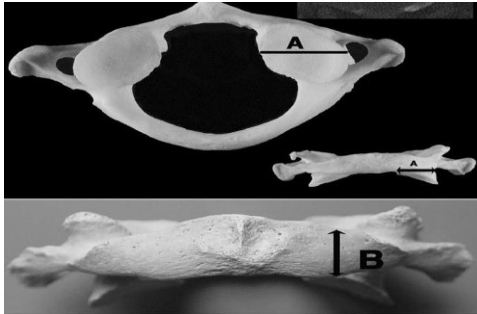
Phân loại gãy mỏm nha (Anderson và D'Alonzo)

- Type I: Gãy đỉnh mỏm nha
- Type II: Gãy nền mỏm nha
- Type III: Gãy chéo thân

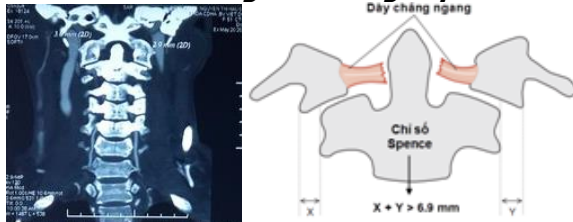


Hình 2: Phân loại gãy mỏm nha

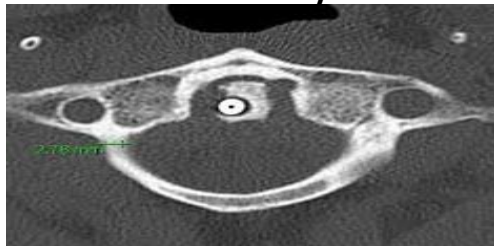
Đánh giá chiều rộng và chiều cao của khối bên C1



Hình 3: Chỉ số nghiên cứu giải phẫu C1



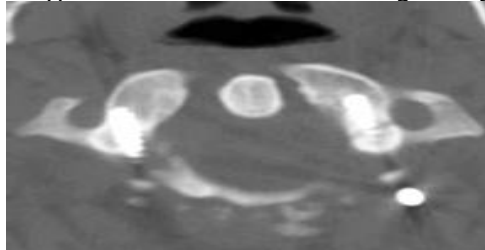
Hình 4: Chỉ số Spence



Hình 5: Đánh giá chiều rộng cung sau C1

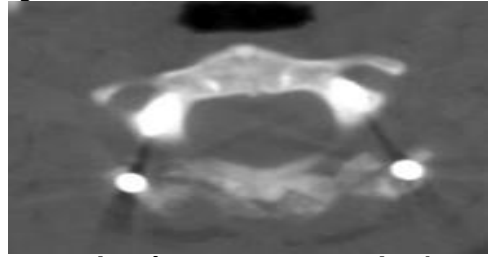
Đánh giá mức độ chính xác của vít

- Type I: Vít nằm hoàn toàn trong xương



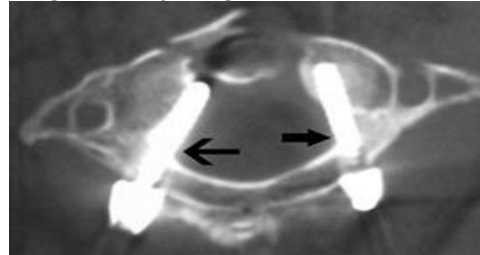
Hình 6: Hình ảnh CT scanner vít nằm hoàn toàn trong xương

- Type II: Vít gãy thủng màng xương < 1/2 đường kính vít



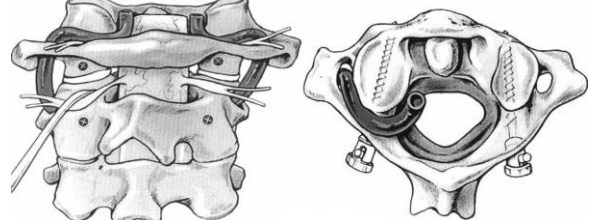
Hình 7: Hình ảnh CT scanner vít gãy thủng màng xương < 1/2 đường kính vít

- Type III: Vít gãy tổn thương động mạch ống sống hoặc tủy sống

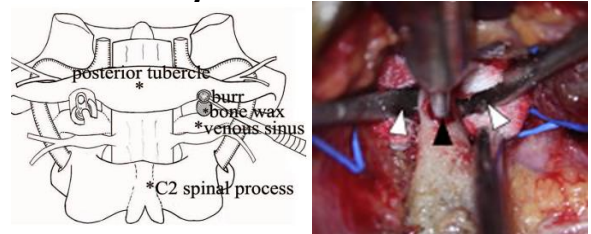


Hình 8: Hình ảnh CT scanner vít gãy tổn thương động mạch ống sống hoặc tủy sống

2.4. Phương pháp phẫu thuật. Bệnh nhân nằm sấp, rạch da cổ sau. Bộc lộ C1 tới khối bên. Vị trí vít khối bên C1: điểm giữa giới hạn trong và ngoài của cung sau C1. Vị trí vít vào cung C2: góc 1/4 trên trong được tạo nên bởi 2 đường thẳng: đường chia đôi cung sau C2 theo mặt phẳng đứng ngang và đường chia đôi eo C2 theo mặt phẳng đứng dọc. Cổ định C1C2 với nhau bằng hai thanh Rod và hệ thống ốc khóa trong. Ghép xương C1C2.



Hình 9: Vị trí bắt vít C1-C2 cổ điển



Hình 10: Vị trí vít C1 qua cung sau

2.5. Xử lý và phân tích số liệu: Các số liệu được nhập, quản lý và phân tích bằng phần

mềm SPSS 20 (IBM Corporation, Armonk, NY, USA). Mức ý nghĩa thống kê sử dụng trong nghiên cứu này là $p=0,05$. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p<0,05$.

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu: Tất cả các bệnh đều được giải thích kỹ, hiểu về tình trạng bệnh của mình, tự nguyện tham gia vào nghiên cứu, có thể rời khỏi nghiên cứu bất cứ khi nào. Toàn bộ những thông tin cá nhân của các đối tượng tham gia nghiên cứu đều được bảo mật tuyệt đối, chỉ sử dụng vào mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi tiến hành bắt vít qua cung sau cho 60 BN (120 vít qua cung sau C1), tất cả bệnh nhân phẫu thuật đều do chấn thương cột sống mất vững C1- C2. Đường kính của các vít sử dụng 3.5 mm với chiều dài 24 - 28 mm. Tất cả các bệnh nhân được khảo sát C1-C2 và động mạch ống sống bằng máy chụp CT scanner 64 dãy có tiêm thuốc cản quang:

- Bề rộng của vòm C1 trung bình: 4.2 ± 1.2 mm.
- Chiều cao trung bình từ vòm C1 đến khối bên C1: 6.7 ± 1.1 mm.
- Chiều rộng trung bình khối bên C1: 12.4 ± 1.7 mm.
- Khoảng cách từ đường giữa đến điểm bắt vít trung bình: 17.4 ± 1.3 mm.
- Góc chệch vít C1 vào trong trung bình: 17.4 ± 3.2 độ.
- Góc chệch vít C1 xuống dưới trung bình: 5.4 ± 1.1 độ.

Có một trường hợp tổn thương động mạch ống sống trong mổ, không có trường hợp nào tổn thương tủy tăng thêm sau mổ. Không có trường hợp nào di chứng hay tử vong sau phẫu thuật.

- Thời gian phẫu thuật trung bình: 75.6 \pm 6.8 phút.
- Số lượng máu mất trung bình: 120.8 \pm 7.8 ml.
- Đánh giá mức độ chính xác của vít C1 sau phẫu thuật: bên trái 100% typ 1, bên phải: 55.4% typ 1 và 44.6% typ 2.

IV. BÀN LUẬN

Đánh giá mức độ an toàn

Trong nhiều thập kỷ vừa qua kỹ thuật cố định C1 - C2 ngày càng phát triển và đã chứng minh tầm quan trọng đối với các bệnh nhân có mất vững C1 - C2, tránh được các hậu quả nặng nề về sau. Các kỹ thuật khác nhau chủ yếu là tìm điểm vào khối bên C1 thích hợp nhằm mục tiêu an toàn, chính xác và hiệu quả. Trong nghiên cứu của chúng tôi sử dụng điểm vào trung tâm khối bên C1 ở cung sau dưới sự hướng dẫn của C.Arms trong mổ, góc chệch vào trong $17.4 \pm$

3.2 độ, vấn đề phẫu tích khớp C1 - C2 và khối bên C1 được chúng tôi hạn chế đến mức ít nhất. Chúng tôi nhận thấy nguy cơ tổn thương động mạch ống sống, nguy cơ mất máu và tổn thương rễ C2 là ít hơn so với vít trực tiếp vào khối bên C1. Tuy nhiên, Yeom và cộng sự cho rằng vít C1 an toàn là tùy theo thói quen phẫu thuật của từng phẫu thuật viên. Thomas và cộng sự đã nghiên cứu 26 trường hợp vít khối bên C1 qua cung sau với kết quả lâm sàng rất tốt, không có trường hợp nào tổn thương động mạch ống sống. Một số các tổn thương khác như: tổn thương rễ C2, tổn thương động mạch cảnh trong, đau dây thần kinh... Nguy cơ là như nhau giữa hai phương pháp vít trực tiếp khối bên C1 và vít qua cung sau. Trong vít qua cung sau C1 nguy cơ gãy cung sau C1 do quá nhỏ hoặc quá mỏng, tuy nhiên Yeom và cộng sự cho rằng ngay cả gãy dọc cung sau C1 cũng không đáng ngại do đường gãy sẽ không lan vào khối bên C1 hay chèn ép vào ống sống.

Chiều rộng trung bình cung sau C1 từ 4.2 ± 1.2 mm, tuy nhiên cả Lee và Qian cùng cộng sự đều cho rằng chiều cao cung sau C1 của phụ nữ nhỏ hơn đàn ông vì vậy trong trường hợp bệnh nhân là phụ nữ cần đo chính xác để lựa chọn đường kính của vít phù hợp.

Nghiên cứu của Tan và cộng sự cũng chung quan điểm với chúng tôi rằng vít khối bên C1 qua cung sau sẽ cho vít ổn định hơn, hạn chế phẫu tích, giảm nguy cơ mất máu và tổn thương rễ C2 do phẫu tích. Tuy nhiên Lin và cộng sự cảnh báo các biến đổi về giải phẫu sẽ gây khó khăn cho ca phẫu thuật vì vậy cần đánh giá giải phẫu kỹ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có một trường hợp thất bại vít khối bên C1 qua cung sau do cung sau C1 quá mỏng (2.8mm) bắt buộc phải bộc lộ rộng và vít trực tiếp vào khối bên C1. Trước mổ chúng tôi đã đo và dự kiến được những khó khăn xảy ra trong mổ vì vậy bệnh nhân không có tai biến, biến chứng gì xảy ra. Richard P. Menger và cộng sự khi tiến hành phẫu thuật cho 62 trường hợp cũng có một trường hợp không vít khối bên C1 qua cung sau mà phải vít trực tiếp mặc dù chiều dày cung sau C1 là 4mm. Thomas và cộng sự cũng ghi nhận 3 trường hợp thất bại trong số 26 bệnh nhân, một bệnh nhân do cung sau quá mỏng và hai trường hợp do khối u.

V. KẾT LUẬN

- Giải phẫu đốt sống cổ C1 ở người Việt Nam có bề rộng và chiều cao của cung sau C1 thích hợp với kỹ thuật bắt vít C1 qua cung sau.

- Mức độ chính xác của vít C1 sau phẫu thuật: bên trái 100% typ 1, bên phải: 55.6% typ 1 và 45.6% typ 2.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Alexander R. Vaccaro** (2002), Fractures of the cervical, thoracic and lumbar spine, Marcel Dekker, Inc.
2. **Frank H Netter.Md (1997)**, "Human Atlas (Giải phẫu người)", Nhà xuất bản Y học.
3. **Gertzbein SD, Robbins SE**. Accuracy of pedicular screw placement in vivo. Spine. 1990;15:11-14.
4. **Harms J, Melcher RP**. Posterior C1-C2 fusion with polyaxial screw and rod fixation. Spine. 2001;26:2467-2471.
5. **Wackenheimer** (1989), "Radiology of the cervical spine", Radiologie, 29(4): tr. 176-8.
6. **Thomas JA, Tredway T, Fessler RG, Sandhu FA**. "An alternate method for placement of C-1 screws". J Neurosurg Spine. 2010 Apr;12(4):337-41.
7. **Ma X-Y, Yin Q-S, Wu Z-H, Xia H, Liu J-F, Zhong S-Z**. "Anatomic considerations for the pedicle screw placement in the first cervical vertebra". Spine. 2005 Jul 1;30(13):1519-23.
8. **Yeom JS, Kafle D, Nguyen NQ, Noh W, Park KW, Chang B-S, et al**. "Routine insertion of the lateral mass screw via the posterior arch for C1 fixation: feasibility and related complications". Spine J Off J North Am Spine Soc. 2012 Jun;12(6):476-83.
9. **Tan M, Wang H, Wang Y, Zhang G, Yi P, Li Z, et al**. "Morphometric evaluation of screw fixation in atlas via posterior arch and lateral mass". Spine. 2003 May 1;28(9):888-95.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA THAI PHỤ TIỀN SẢN GIẬT KHÔNG CÓ DẤU HIỆU NẶNG 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: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của thai phụ được chẩn đoán tiền sản giật không có dấu hiệu nặng 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, trong đó có 29 thai phụ được chẩn đoán TSG không có dấu hiệu nặng tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội năm 2022. **Kết quả:** Tỷ lệ thai phụ tiền sản giật (TSG) không có dấu hiệu nặng là 23,2%. Phần lớn thai phụ nhóm nghiên cứu dưới 35 tuổi (86,2%). 18 thai phụ TSG không có dấu hiệu nặng (62,1%) được chẩn đoán khi tuổi thai > 34 tuần và 11 thai phụ (37,9%) được chẩn đoán ở tuổi thai 28-34 tuần. 100% thai phụ trong nghiên cứu đều có tăng huyết áp (THA) mức 1 nhưng tiểu cầu đều > 100G/L và không có tăng men gan. Hầu hết thai phụ TSG có phù (79,3%) và protein niệu ≥ 0,5 g/l (86,2%). **Kết luận:** TSG không có dấu hiệu nặng thường gặp sau tuần 34. THA, phù, protein niệu là những triệu chứng thường gặp nhưng trong TSG không có dấu hiệu nặng, THA chỉ ở mức độ 1 và hầu như không có biến đổi về cận lâm sàng.

Từ khóa: Tiền sản giật, tiền sản giật không có dấu hiệu nặng.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF PRE-ECLAMPSIA WITHOUT SEVERE FEATURE AMONG PREGNANT WOMEN MANAGED AT HA NOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Objective: To describe the characteristics of pregnant women with a non-severe 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 a total 125 women with preeclampsia (PE), 29 patients (23.2%) were diagnosed with PE without severe features. Most of those were under 35 years old (86.2%). Eight-teen (62.1%) patients with non-severe PE presented at a gestational age above 34 weeks, while 11(37.9%) presented at a gestational age between 28 to 33 weeks plus six days. All pregnant women with non-severe PE had hypertension grade 1 and no one presented thrombocytopenia (<100G/L) or abnormal liver function. Additionally, Most of those exhibited accompanying edema (79.3%) and proteinuria (86.2%). **Conclusion:** Pre-eclampsia without severe features typically occurs after 34 weeks. Although hypertension, edema and proteinuria are common symptoms in non severe pre-eclampsia, blood pressure is only raised at grade 1 and there is almost no changes of laboratory test.

Keywords: Preeclampsia, without severe feature.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiền sản giật là hội chứng toàn thân phức tạp bao gồm các rối loạn bệnh lý liên quan đến nhiều cơ quan trong cơ thể và là nguyên nhân

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: 22.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 11.3.2024

Ngày duyệt bài: 29.3.2024