

- 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<sup>1,2</sup>, Đỗ Tuấn Đạt<sup>1,3</sup>, Phan Thị Huyền Thương<sup>1,2</sup>

### 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

<sup>1</sup>Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

<sup>3</sup>Đại 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

gây hàng đầu dẫn đến tử vong ở mẹ và trẻ sơ sinh. Mặc dù tỷ lệ bệnh đã giảm trong những năm gần đây, TSG vẫn là một gánh nặng bệnh tật lớn trên toàn cầu, đặc biệt ở các nước thu nhập thấp và thu nhập trung bình [1]. Theo ước tính, mỗi năm, khoảng 50.000 – 60.000 phụ nữ trên toàn thế giới tử vong do TSG. Ở Mỹ, tỷ lệ tử vong mẹ do rối loạn tăng huyết áp trong thai kỳ khoảng 7,4% trong khi ở các nước thu nhập thấp, tỷ lệ này là 10-15% [2].

Trên lâm sàng, biểu hiện của tiền sản giật rất đa dạng và không có triệu chứng nào là đặc hiệu. Vì vậy, có nhiều cách phân loại TSG dựa trên cơ chế gây bệnh, triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, tuổi thai... Dựa trên mức độ nặng, theo ACOG 2020 [3], TSG được chia thành hai nhóm: TSG không có dấu hiệu nặng và TSG có dấu hiệu nặng (HA  $\geq$  160/110mmHg, đau đầu mới xuất hiện, nhìn mờ, đau thượng vị, tăng men gan, giảm tiểu cầu  $<$  100G/L, suy thận, thai chậm phát triển, phù phổi cấp hay sản giật). Như vậy, thái độ xử trí và quyết định điều trị của 2 nhóm TSG theo phân loại nói trên là khác nhau. Tuy nhiên, TSG là bệnh lý có tính chất tiến triển phức tạp nên cần theo dõi sát, đánh giá mức độ bệnh liên tục theo từng biểu hiện của bệnh để có hướng xử trí phù hợp. Các nghiên cứu trên thế giới và trong nước về tiền sản giật rất nhiều, tuy nhiên những nghiên cứu dựa trên phân loại mới còn hạn chế. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của thai phụ TSG không có dấu hiệu nặng tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội năm 2022.*

## 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.[4]

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

$\epsilon$  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:** - Đặc điểm chung của thai phụ: Tuổi mẹ, số lần mang thai, số thai, cách thức có thai, tuần thai tại thời điểm chẩn đoán.

- Tiêu chuẩn chẩn đoán tiền sản giật:

+ Huyết áp tối đa  $\geq$  140 mmHg hoặc huyết áp tối thiểu  $\geq$  90mmHg, 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.

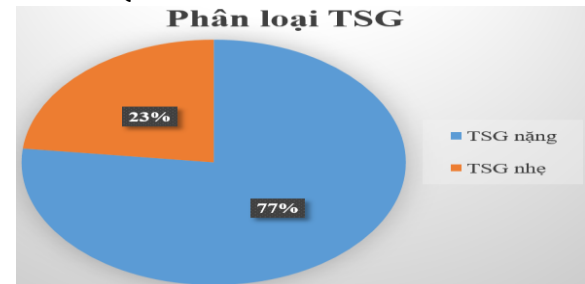
+ protein niệu:  $\geq$  0,3g/l trong mẫu nước tiểu 24h hoặc 0,5g/l trong mẫu nước tiểu bất kỳ.

+ Các dấu hiệu nặng: HA  $\geq$  160/110 mmHg, giảm tiểu cầu ( $<$ 100G/L), giảm chức năng gan (men gan tăng  $\geq$  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).

**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



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

**Nhận xét:** Theo phân loại của ACOG 2020,

trong tổng số 125 thai phụ TSG, có 96 thai phụ (76,8%) thai phụ TSG có dấu hiệu nặng và 29 sản phụ (23,2%) thai phụ TSG không có dấu hiệu nặng.

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

Đặc điểm		TSG không có dấu hiệu nặng	
		n	%
Tuổi mẹ (năm)	≥35	4	13,8
	<35	25	86,2
	X±SD	30±7 (17-46)	
Yếu tố địa dư	Nông thôn	15	51,7
	Thành thị	13	44,8
	Miền núi	1	3,5
Số lần mang thai	Con so	14	48,3
	Con ra	15	51,7
Số lượng thai	Đơn thai	22	75,9
	Đa thai	7	24,1
Cách thức có thai	IVF/IUI	8	27,5
	Tự nhiên	21	72,4
Tuổi thai (tuần)	<28	0	0
	28-34	11	37,9
	>34	18	62,1
	X±SD	34,9±2,4 (29-39)	

**Nhận xét:** Nhóm nghiên cứu chủ yếu nằm trong độ trong nhóm < 35 tuổi (62,4%). Tỷ lệ thai phụ con so tương đương với thai phụ con ra (48,3% và 51,7%). Chủ yếu là sản phụ đơn thai (75,9%). Thai tự nhiên chiếm 72,4%. Chỉ có 1 thai phụ có tiền sử tiền sản giật và không có thai phụ nào có tiền sử thai chậm phát triển trước đó.



**Biểu đồ 3.2. Phân bố tuổi thai của nhóm thai phụ TSG không có dấu hiệu nặng**

**Nhận xét:** Tuổi thai trung bình của nhóm TSG không có dấu hiệu nặng là 34,9 ± 2,4 và tuổi thai tại thời điểm chẩn đoán chủ yếu > 34 tuần, thuộc nhóm TSG khởi phát muộn.

**Bảng 3.2. Đặc điểm lâm sàng của thai phụ TSG không có dấu hiệu nặng**

Đặc điểm		TSG không có dấu hiệu nặng	
		n	(%)
Tăng huyết áp	HA tối đa (X±SD)	145,1 ± 5,5 (130-150)	

(mmHg)	HA tối thiểu (X±SD)	94,9 ± 6,8 (80-100)	
Phù	Không phù	6	20,7
	Có phù	23	79,3
	Phù toàn thân	8	34,8
Protein niệu (g/l)	<0,5	4	13,8
	≥0,5	25	86,2

**Nhận xét:** Tất cả các thai phụ TSG không có dấu hiệu nặng đều có tăng huyết áp và đều ở mức 1, trong đó HA tối đa là 145,1 ± 5,5 mmHg và HA tối thiểu là 94,9 ± 6,8 mmHg. Hầu hết thai phụ TSG có phù (79,3%) và protein niệu ≥ 0,5 g/l (86,2%).

**Bảng 3.3. Đặc điểm cận lâm sàng của thai phụ TSG không có dấu hiệu nặng**

Đặc điểm cận lâm sàng		TSG không có dấu hiệu nặng	
		n	%
Men gan (AST/ALT)	< 70 UI/l	29	100,0
	≥ 70 UI/l	0	0,0
Ure	≤ 7,5mmol/l	27	93,1
	> 7,5mmol/l	2	6,9
Acid Uric	≤ 420µmol/l	16	55,2
	> 420µmol/l	13	44,8
Creatinin	≤ 106µmol/l	1	3,4
	>106µmol/l	28	96,6
Số lượng Tiểu cầu	< 100 G/l	0	0,0
	≥100 G/l	29	100,0
Albumin	<25 g/l	1	3,4
	≥25 g g/l	28	96,6

**Nhận xét:** Tất cả các thai phụ đều không tăng men gan và tiểu cầu > 100G/L. Chỉ có số ít thai phụ có tăng ure máu và creatin (6,9% và 3,4%). Có 44,8% thai phụ có tăng acid uric.

**IV. BÀN LUẬN**

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành 125 thai phụ TSG, trong đó có 29 thai phụ (23,2%) được chẩn đoán là TSG không có dấu hiệu nặng. Theo nghiên cứu của Trương Thị Linh Giang (2017), tỷ lệ TSG nặng là 46,4% [4]. Như vậy, tỷ lệ TSG có dấu hiệu nặng trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn khá nhiều. 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 có dấu hiệu nặng của chúng tôi cao hơn các nghiên cứu dựa theo tiêu chuẩn cũ.

**4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.** Bảng 3.1 cho thấy tuổi của nhóm

thai phụ TSG không có dấu hiệu nặng chủ yếu < 35 tuổi (86,2%). Độ tuổi trung bình của các thai phụ là  $30 \pm 7$ , trong đó nhỏ nhất là 17 tuổi, lớn nhất là 46 tuổi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Lemi trên các thai phụ TSG không có dấu hiệu nặng ở Ethiopia, 60,5% thai phụ ở độ tuổi 20-34 [5]. Tiền sản giật là bệnh lý liên quan đến thai nghén và chủ yếu ở nhóm thai phụ trong độ tuổi hoạt động tình dục. Tuổi mẹ cũng được chứng minh là yếu tố nguy cơ liên quan với TSG và TSG với biến chứng nặng.

Kết quả bảng 3.1 cũng cho thấy trong số 29 thai phụ, có 7 thai phụ là song thai (24,1%) và 8 thai phụ có thai kỳ được hỗ trợ sinh sản (27,5%). Các biện pháp hỗ trợ sinh sản và đa thai là những yếu tố nguy cơ liên quan với TSG đã được chứng minh trong nhiều nghiên cứu. Nguy cơ TSG tăng lên ở thai phụ nhận xoắn với IVF/ICSI là 2,11 lần ở đơn thai (95% CI 1,42-3,15) và 3,31 lần ở đa thai (95% CI 1,61-6,8) [6]. Điều này được chứng minh do sự bất tương hợp miễn dịch giữa mẹ và kháng nguyên của thai và kháng nguyên từ người cha. Thai nhi là một mảnh dị ghép với cơ thể mẹ và trong song thai, gấp đôi lượng kháng nguyên từ thai làm tăng nguy cơ TSG.

Tuổi thai trung bình tại thời điểm chẩn đoán TSG là  $34,9 \pm 2,4$ , trong đó sớm nhất là 29 tuần và muộn nhất là 39 tuần. Các thai phụ TSG không có dấu hiệu nặng chủ yếu được chẩn đoán sau 34 tuần (62,1%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng giống với tác giả Lemi, phần lớn thai phụ TSG không có dấu hiệu nặng được chẩn đoán từ tuần 34-36 (68,9%). [5] Nghiên cứu ở Parveen tại Ấn Độ cũng cho thấy tỷ lệ TSG khởi phát muộn (sau 34 tuần) là 72,4% và chỉ có 27,6% thai phụ TSG khởi phát sớm với biến chứng cho mẹ và thai nhi cao hơn so với TSG khởi phát sớm [7].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ có 1 trường hợp trong nhóm TSG không có dấu hiệu nặng được sàng lọc, dự phòng TSG và 1 trường hợp có tiền sử TSG. Điều này có thể do TSG không có dấu hiệu nặng thường triệu chứng không rõ ràng, khởi phát muộn và đôi khi chỉ được phát hiện tình cờ vào thời điểm chuyển dạ hoặc những tuần cuối của thai kỳ. Trường hợp có tiền sử TSG là trường hợp được sàng lọc và điều trị dự phòng từ sớm. Có thể thấy, sàng lọc và dự phòng TSG có vai trò quan trọng trong công tác quản lý thai nghén nguy cơ cao và giảm tỷ lệ biến chứng nặng, bệnh tật do TSG ở mẹ và thai.

#### 4.2. Đặc điểm lâm sàng của đôi tượng

**nghiên cứu.** THA là dấu hiệu quan trọng nhất, đến sớm nhất, gặp nhiều nhất có giá trị tiên lượng cho cả mẹ và thai. Theo kết quả bảng 3.2, tất cả các thai phụ TSG không có dấu hiệu nặng đều có tăng huyết áp, nhưng đều thuộc độ 1. HA tâm thu trung bình là  $145,1 \pm 5,5$  (cao nhất là 150mmHg và thấp nhất là 130mmHg). HA tâm trương trung bình là  $94,9 \pm 6,8$  (cao nhất là 100mmHg và thấp nhất là 80 mmHg). 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 thai. 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 có thể xảy ra như sản giật.

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. Phần lớn thai phụ trong nghiên cứu của chúng tôi có phù (79,3%) nhưng chỉ có 34,8% thai phụ phù nhiều hoặc phù toàn thân.

Protein niệu thường là dấu hiệu sau cùng của bộ ba triệu chứng tăng huyết áp, phù và protein niệu. Kết quả 3.2 cho thấy, phần lớn thai phụ TSG không có dấu hiệu nặng protein niệu  $\geq 0,5$  g/l (86,2%). Trước đây, protein niệu được xem là tiêu chuẩn chẩn đoán TSG nhưng thực tế lâm sàng cho thấy, thời điểm xuất hiện của protein niệu không nhất thiết phải luôn xuất hiện sau thời điểm khởi phát THA và các triệu chứng cơ quan đích. Đồng thời, protein niệu  $>3,5$  g/l cũng được chứng minh liên quan với tăng tỷ lệ bệnh tật ở mẹ [8].

**4.3. Đặc điểm cận lâm sàng của đôi tượng nghiên cứu.** Các triệu chứng cận lâm sàng mặc dù không đặc hiệu nhưng một phần chứng minh có dấu hiệu tổn thương nghiêm trọng ở cơ quan đích như thận (thay đổi ure, creatinin), gan (tăng men gan), giảm tiểu cầu  $<100$ G/L,... Kết quả bảng 3.3 cho thấy, tất cả các thai phụ đều không có tăng men gan và số lượng tiểu cầu đều trên 100G/L. Chỉ có số ít thai phụ có tăng ure máu và creatin (6,9% và 3,4%). Có 44,8% thai phụ có tăng acid uric. Như vậy, rõ ràng ở nhóm thai phụ TSG không có dấu hiệu nặng ở thời điểm chẩn đoán, chưa có tổn thương cơ quan đích trên lâm sàng do mức độ bệnh nhẹ

hoặc bệnh ở thời điểm mới khởi phát. Số ít thai phụ có tăng ure máu và creatinin trên sinh hoá máu nhưng chỉ ở ngưỡng thoáng qua, không chứng tỏ là TSG có dấu hiệu nặng hay có bệnh thận phối hợp đi kèm.

## V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ thai phụ TSG không có dấu hiệu nặng là 23,2%. Phần lớn thai phụ đều trong độ tuổi hoạt động tình dục (<35 tuổi) và thời điểm chẩn đoán là sau 34 tuần (62,1%). 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.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. L. Say, D. Chou, A. Gemmill et al (2014). Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health*, 2 (6), e323-333.
2. L. Duley (2009). The global impact of pre-eclampsia and eclampsia. *Semin Perinatol*, 33 (3), 130-137.

3. **Gestational Hypertension and Preeclampsia: ACOG Practice Bulletin Summary, Number 222** (2020). *Obstet Gynecol*, 135 (6), 1492-1495.
4. 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.
5. L. Belay Tolu, E. Yigezu, T. Urgie et al (2020). Maternal and perinatal outcome of preeclampsia without severe feature among pregnant women managed at a tertiary referral hospital in urban Ethiopia. *PLoS One*, 15 (4), e0230638.
6. M. Storgaard, A. Loft, C. Bergh et al (2017). Obstetric and neonatal complications in pregnancies conceived after oocyte donation: a systematic review and meta-analysis. *Bjog*, 124 (4), 561-572.
7. P. M. Aabidha, A. G. Cherian, E. Paul et al (2015). Maternal and fetal outcome in pre-eclampsia in a secondary care hospital in South India. *J Family Med Prim Care*, 4 (2), 257-260.
8. B. M. Sibai (2005). Diagnosis, prevention, and management of eclampsia. *Obstet Gynecol*, 105 (2), 402-410.

## SỬ DỤNG VẬT BÌ CĂNG TAY NGOÀI CUỐNG NGOẠI VI CHE PHỦ KHUYẾT HỔNG MÔ MỀM CỔ BÀN TAY: BÁO CÁO MỘT SỐ CA LÂM SÀNG

Nguyễn Tấn Bảo Ân<sup>1</sup>, Văn Tiến Chương<sup>2</sup>,  
Trần Phan Vinh Hiền<sup>2</sup>, Đoàn Nguyễn Nhật Tín<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Các khuyết hồng mô mềm vùng cổ, bàn tay thường để lộ các cấu trúc quý, nên cần phải che phủ sớm bằng vật liệu tốt. Trước đây vật da cân căng tay quay cuống ngoại vi (vật Trung Quốc) thường được sử dụng rộng rãi để che phủ vùng này. Tuy nhiên việc dùng vật Trung Quốc có hai bất lợi là phải hi sinh động mạch quay (ĐMQ) và để lại sẹo xấu. Một lựa chọn khác để che phủ vùng cổ, bàn tay là vật da cân thần kinh bì căng tay ngoài cuống ngoại vi (VBCTN) với ưu điểm như: không phải hy sinh ĐMQ, chất liệu che phủ tốt, tin cậy và có thể che phủ diện tích lớn. Nhưng các dữ liệu lâm sàng của VBCTN chưa nhiều. Do vậy, đòi hỏi cần phải có một nghiên cứu để đánh giá kết quả của VBCTN trong che phủ các khuyết hồng mô mềm ở cổ tay, bàn tay. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu: báo cáo hàng loạt ca, tiến cứu. 8 bệnh nhân với 8 vật da bì căng tay ngoài được thiết kế để che phủ các khuyết

hồng mô mềm vùng cổ bàn tay lộ gân, xương, tại Khoa Vi phẫu – Tạo hình, Bệnh viện Chấn thương chỉnh hình Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 9/2020 đến tháng 9/2022. Bệnh nhân được theo dõi ít nhất là 2 tháng, để đánh giá tình trạng vật da. **Kết quả:** Tất cả các vật da đều sống. Tuy nhiên có 1 trường hợp hoại tử mép da và 1 trường hợp bị ứ máu tĩnh mạch dẫn đến hoại tử lớp nông đầu xa của vật da, tuy vậy vết thương lành hoàn toàn sau 20 ngày chăm sóc. Nơi cho vật: 5 bệnh nhân được đóng da trực tiếp, 3 bệnh nhân còn lại phải ghép da mỏng. Kích thước vật lớn 7 x 8 cm. Vật da có thể che phủ nhiều vị trí vùng cổ bàn tay, bờ quay (3 trường hợp), mặt mu tay (2 trường hợp), lòng bàn tay (2 trường hợp), mặt trước cổ tay (1 trường hợp). Không có bệnh nhân nào than đau kiểu u thần kinh hay than phiền các khiếm khuyết về cảm giác. **Bàn luận:** VBCTN sử dụng trong che phủ các khuyết hồng mô mềm vùng cổ bàn tay có độ tin cậy cao. Vật có thể thiết kế với kích thước lớn. Vật bóc tách dễ dàng, đáng tin và linh động, không phải hy sinh các mạch máu lớn như ĐM quay, ĐM trụ và ĐM gian cốt sau. Trong đa số các trường hợp, nơi cho vật có thể đóng kín ngay thì đầu. **Từ khóa:** vật bì căng tay ngoài, nhánh xuyên động mạch quay, tĩnh mạch đầu

### SUMMARY

#### APPLYING DISTALLY BASED LATERAL ANTEBRACHIAL NEUROFASCIOCUTANEOUS

<sup>1</sup>Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Bệnh viện Chấn thương chỉnh hình Tp. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tấn Bảo Ân

Email: nguyenan196@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 8.3.2024

Ngày duyệt bài: 27.3.2024