

tụ dịch sau một tháng, không có trường hợp nào bị đau vùng bẹn kéo dài, rối loạn cảm giác, bị nhiễm trùng hay bị tái phát. Khác nghiên cứu của Lê Quốc Phong [7] và Bùi Trường Tèo [8], tỷ lệ bệnh nhân trở lại hoạt động bình thường dưới 15 ngày lần lượt là 22,7% và 9,1%. Nghiên cứu của chúng tôi có thời gian phục hồi và trở lại lao động sớm hơn các tác giả này.

Thực tế, Lichtenstein thật sự có hiệu quả trong điều trị thoát vị bẹn ở nghiên cứu của chúng tôi, sau 3 tháng điều trị không có trường hợp biến chứng và kết quả điều trị tốt 100%. Tương tự kết quả nghiên cứu của Nguyễn Văn Lâm [5], tỷ lệ bệnh nhân có kết quả tốt sau 3 tháng đạt 100%. Phan Sỹ Thanh Hà [4], ghi nhận kết quả tốt 93,7%, khá 6,3%.

V. KẾT LUẬN

Thoát vị bẹn là bệnh phổ biến. Điều trị thoát vị bẹn bằng phương pháp phẫu thuật Lichtenstein là một phương pháp được ưa chuộng trên thế giới và tại Việt Nam. Đây là một phương pháp an toàn, hiệu quả trong điều trị thoát vị bẹn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bạch Tuấn Anh, Nguyễn Huy Tuấn** (2014), "Kết quả sớm điều trị thoát vị bẹn phương pháp Lichtenstein tại BVĐK tỉnh Hà Tĩnh", Thông tin Bệnh viện đa khoa tỉnh Hà Tĩnh.
2. **Vương Thừa Đức, Nguyễn Phúc Minh** (2011), "Đánh giá kết quả lâu dài của kỹ thuật Lichtenstein trong điều trị thoát vị bẹn", Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 15 (1), tr. 108-115.
3. **Vương Thừa Đức, Vũ Trí Thanh** (2004), "So sánh Lichtenstein và Bassini trong phẫu thuật thoát vị bẹn", Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 8 (1), tr. 30.
4. **Phan Sỹ Thanh Hà** (2015), Kết quả điều trị thoát vị bẹn theo phương pháp Lichtenstein tại Bệnh viện 19-8, <http://benhvien198.vn/ket-qua-dieu-tri-thoat-vi-ben-theo-phuong-phap-lichtenstien-tai-benh-vien-19-8>, truy cập ngày 15/03/2017.
5. **Nguyễn Văn Lâm** (2015), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả mổ mở điều trị thoát vị bẹn theo phương pháp Lichtenstein tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, Đề tài nghiên cứu khoa học cấp Trường, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
6. **Nguyễn Văn Liễu** (2007), Điều trị thoát vị bẹn, Nhà xuất bản Đại Học Huế, tr.9 -115.
7. **Lê Quốc Phong** (2015), Đánh giá kết quả ứng dụng đặt tấm lưới nhân tạo theo phương pháp Lichtenstein điều trị thoát vị bẹn ở bệnh nhân từ 40 trở lên, Luận án tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Huế.
8. **Bùi Trường Tèo** (2010), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị thoát vị bẹn bằng mổ mở đặt mảnh ghép theo Lichtenstein tại cần thơ, Luận văn chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Huế.
9. **Clay L., B. Stark, U. Gunnarsson, K. Strigard** (2017), "Full thickness skin graft vs. synthetic mesh in the repair of giant incisional hernia, a randomized controlled multicenter study", Hernia, 22 (2), p. 325–332.
10. **Djuric-Stefanovic A., D. Saranovic, A. Ivanovic, D.Masulovic, M. Zuvela, M. Bjelovic, P. Pesko** (2008), "The accuracy of ultrasonography in classification of groin hernias according to the criteria of the unified classification system", Hernia (2008) 12, pp. 395–400.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA THAI PHỤ TIỀN SẢN GIẬT 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 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 96 thai phụ được chẩn đoán TSG có dấu hiệu nặng 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 dưới 35 tuổi (55,2%) và được chẩn đoán khi tuổi thai < 34 tuần (62,5%). 78,1% thai phụ trong nghiên cứu có tăng huyết áp (THA) mức độ 2 trở lên (HA tâm thu \geq 160 và/hoặc HA tâm trương \geq 110 mmHg). Hầu hết thai phụ TSG có phù (81,3%) và protein niệu \geq 0,5 g/l (74,0%). 43,6% thai phụ TSG có dấu hiệu nặng có triệu chứng biểu hiện tổn thương cơ quan đích. **Kết luận:** TSG có dấu hiệu nặng thường xuất hiện trước tuần 34, trong đó THA nặng là dấu hiệu nặng thường gặp nhất. **Từ khoá:** Tiền sản giật, tiền sản giật có dấu hiệu nặng.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF PRE-ECLAMPSIA WITH SEVERE FEATURES AMONG

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: 6.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.3.2024

Ngày duyệt bài: 12.4.2024

PREGNANT WOMEN MANAGED AT HA NOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Objective: To describe the characteristics of pregnant women with 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), 96 patients (76.8%) were diagnosed with PE with severe features. Most of those were under 35 years old (55.2%) and diagnosed at a gestational age before 34 weeks (62.5%). 78.1% of which were presented with hypertension grade 2 or higher (systolic blood pressure ≥ 160 and/or diastolic blood pressure ≥ 110 mmHg). The majority of those were exhibited edema (81.3%) and proteinuria ≥ 0.5 g/l (74.0%). The prevalence of symptom related to target organ damage were 43.6%. **Conclusion:** Pre-eclampsia with severe features typically occurs before 34 weeks. Of which, severe hypertension is the most common severe features.

Keywords: Preeclampsia, severe preeclampsia.

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 gây hàng đầu dẫn đến tử vong ở mẹ và trẻ sơ sinh. TSG có liên quan với những kết cục bất lợi về cả sức khỏe ngắn hạn và dài hạn ở cả người mẹ và sơ sinh. Rối loạn tăng huyết áp và TSG trong thai kỳ làm tăng tỷ lệ bệnh tật và tử vong so với phụ nữ có thai kỳ không biến chứng, đặc biệt tăng nguy cơ mắc bệnh tim mạch và tử vong sớm trong tương lai [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].

Chẩn đoán tiền sản giật dựa trên 2 triệu chứng cơ bản là tăng huyết áp mới xuất hiện trong thai kỳ và có protein niệu đi kèm. Tuy nhiên, trên lâm sàng, tiền sản giật biểu hiện rất đa dạng và khi không có tăng huyết áp hoặc protein niệu trong nước tiểu cũng không thể loại trừ chẩn đoán. Vì vậy, 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 $\geq 160/110$ mmHg, đau đầu mới xuất hiện, nhìn mờ, đau thượng vị, tăng men gan, giảm tiểu cầu < 100 G/L, suy thận, thai chậm phát triển, phù phổi cấp hay sản giật). Khoảng 25% thai phụ tiền sản giật tiến triển với tăng huyết áp mức độ nặng hoặc có thể biểu hiện các triệu chứng đặc trưng cho mức độ nặng

ở các cơ quan khác nhau. Đây là những dấu hiệu cảnh báo cần đánh giá và can thiệp kịp thời nhằm hạ huyết áp và có thể ngừng thai nghén sớm. 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 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

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:

- 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 ≥ 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

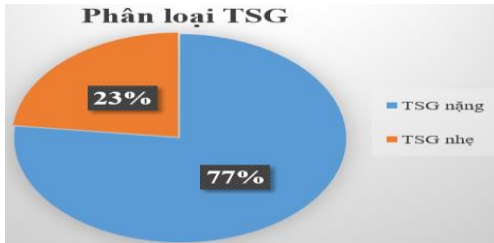
24h hoặc 0,5g/l trong mẫu nước tiểu bất kỳ.

+ 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%) TSG có dấu hiệu nặng và 29 thai phụ (23,2%) TSG không có dấu hiệu nặng.

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	TSG có dấu hiệu nặng		P (so với TSG không có dấu hiệu nặng)	
	n	%		
Tuổi mẹ (năm)	\geq 35	43	44,8	0,003
	$<$ 35	53	55,2	
	X \pm SD	32 \pm 6	(20-48)	
Yếu tố địa dư	Nông thôn	49	51,0	0,845
	Thành thị	41	42,7	
	Miền núi	6	6,3	
Số lần mang thai	Con so	35	36,5	
	Con rạ	61	63,5	
Số lượng thai	Đơn thai	85	88,5	0,088
	Đa thai	11	11,5	
Cách thức có thai	IVF/IUI	18	18,8	0,304
	Tự nhiên	78	81,2	
Tuổi thai (tuần)	$<$ 28	14	14,6	
	28-34	46	47,9	
	$>$ 34	36	37,5	

X \pm SD	32,4 \pm 4,1 (20 - 39)
------------	-----------------------------

Nhận xét: Nhóm thai phụ $<$ 35 tuổi thường gặp hơn nhóm thai phụ \geq 35 tuổi (55,2% so với 44,8%). Tỷ lệ thai phụ con so là 36,5%, đa thai là 11,5% và thai IVF/IUI là 18,8%. Nhóm thai phụ có tuổi thai $<$ 28 tuần chiếm 14,6%, chủ yếu là nhóm thai phụ 28-34 tuần (47,9%).

Bảng 3.2. Tiên sử liên quan TSG có dấu hiệu nặng

Tiên sử		n	%	
Tiên sử mắc bệnh nội khoa	Không bệnh	46	47,9	
	Tăng huyết áp	25	26,0	
	Bệnh nội tiết	19	19,8	
	Tự miễn	2	2,1	
	Thận	4	4,2	
Tiên sử mang thai lần trước	Tiền sản giật	Có	10	10,4
		Không	86	89,6
	Thai chậm phát triển trong tử cung	Có	6	6,3
		Không	90	93,7

Nhận xét: Phần lớn thai phụ trong nghiên cứu không có tiền sử bệnh lý nội khoa trước đó (47,9%). Trong số thai phụ có bệnh lý nội khoa, thai phụ bị tăng huyết áp mạn thường gặp nhất (26%). Có 10,4% thai phụ có tiền sử TSG và 6,3% thai phụ có tiền sử thai chậm phát triển ở lần mang thai trước đó

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

Đặc điểm	TSG có dấu hiệu nặng		
	n	(%)	
Tăng huyết áp (mmHg)	THA độ 1 (140-159 và/hoặc 90-99)	21	21,9
	THA độ 2 (160-179 và/hoặc 100-109)	57	59,4
	THA độ 3 ($>$ 180 và/hoặc $>$ 110)	18	18,7
	HA tâm thu (X \pm SD)	158,2 \pm 24,2	(110-260)
	HA tâm trương (X \pm SD)	96,7 \pm 14,0	(70-160)
Phù	Không phù	18	18,7
	Có phù	78	81,3
	Phù toàn thân	25	32,1
Protein niệu (g/l)	$<$ 0,5	25	26,0
	\geq 0,5	71	74,0
Tổn thương cơ quan đích	Có	42	43,8
	Không	54	56,2

Nhận xét: Đa số thai phụ TSG có dấu hiệu nặng đều có tăng huyết áp từ độ 2 trở lên (78,1%). Hầu hết thai phụ TSG có phù (81,3%) và protein niệu \geq 0,5 g/l (74,0%).

Bảng 3.4. Đặc điểm cận lâm sàng của

thai phụ TSG có dấu hiệu nặng

Đặc điểm cận lâm sàng		TSG có dấu hiệu nặng	
		n	%
Men gan (AST/ALT)	<70 UI/l	85	88,5
	≥70 UI/l	11	11,5
Ure	≤7,5mmol/l	81	84,4
	>7,5mmol/l	15	15,6
Acid Uric	≤420μmol/l	47	49,0
	>420μmol/l	49	51,0
Creatinin	≤106μmol/l	90	93,8
	>106μmol/l	6	6,2
Số lượng Tiểu cầu	<100 G/l	5	5,2
	≥100 G/l	91	94,8
Albumin	<25 g/l	12	12,5
	≥25 g/l	84	87,5

Nhận xét: Đa số thai phụ trong nghiên cứu có kết quả xét nghiệm cận lâm sàng trong giới hạn bình thường. Tỷ lệ biến đổi trên cận lâm sàng thấp 5,2-15,6%. Có 49 thai phụ (51%) TSG có dấu hiệu nặng có tăng acid uric máu > 420 μmol/l.

Bảng 3.5. Dấu hiệu nặng của TSG

Dấu hiệu		N (n=96)	%
Tăng huyết áp nặng HATT ≥ 160 và/ hoặc HATT ≥ 110 mmHg	Có	75	78,1
	Không	21	21,9
Rối loạn thần kinh hoặc thị giác	Có	10	10,4
	Không	86	89,6
Phù phổi cấp	Có	2	2,1
	Không	94	97,9
Suy thận	Có	24	25
	Không	72	75
Suy chức năng gan	Có	19	19,8
	Không	77	80,2
Giảm tiểu cầu (<100.000/mm ³)	Có	5	5,2
	Không	91	94,8

Nhận xét: Trong các dấu hiệu nặng của TSG, tăng huyết áp (HATT ≥ 160 và/ hoặc HATT ≥ 110 mmHg) là thường gặp nhất (78,1%). Chỉ có 2 trường hợp (2,1%) bị phù phổi cấp.

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. 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 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 đôi tượng

nghiên cứu. Bảng 3.1 cho thấy nhóm thai phụ TSG có dấu hiệu nặng < 35 tuổi thường gặp hơn nhóm thai phụ > 35 tuổi (55,2% so với 44,8%). Độ tuổi trung bình của các thai phụ là 32 ± 6, trong đó nhỏ nhất là 20 tuổi, lớn nhất là 48 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. Khi so sánh với nhóm TSG không có dấu hiệu nặng, chúng tôi nhận thấy nhóm thai phụ có độ tuổi < 35 gặp nhiều hơn (86,2%) và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

Trong số 96 thai phụ, có 11 thai phụ là song thai (11,5%) và 18 thai phụ có thai kỳ được hỗ trợ sinh sản (18,8%). Tuy nhiên, tỷ lệ này thấp hơn ở nhóm thai phụ TSG không có dấu hiệu nặng trong cùng nghiên cứu nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p>0,05). Thật vậy, 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 noãn 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. Đồng thời, 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. Kết quả bảng 3.1 cũng cho thấy tuổi thai trung bình tại thời điểm chẩn đoán TSG có dấu hiệu nặng là 32,4 ± 4,1, trong đó phần lớn được chẩn đoán trước 34 tuần với 14,6 % từ trước 28 tuần và 47,9% từ tuần 28-34. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng giống với tác giả Sarka, tại Mỹ cũng cho thấy tỷ lệ TSG khởi phát sớm ít gặp hơn nhưng liên quan với TSG nặng và tăng nguy cơ bệnh tật ở mẹ và thai [7].

Kết quả bảng 3.2 cho thấy phần lớn các thai phụ TSG có dấu hiệu nặng không có bệnh lý nội khoa từ trước (47,9%). Trong số các thai phụ có bệnh lý nội khoa, tăng huyết áp mạn thường gặp nhất (26,0%) và bệnh lý tự miễn ít gặp hơn (2,1%). Có 10 thai phụ (10,4%) có tiền sử TSG ở lần mang thai trước. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 1 thai phụ có tiền sử HELLP ở thai kỳ trước và thai kỳ lần này, TSG có dấu hiệu nặng được chẩn đoán từ tuần 24. Như vậy, 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 và thường gặp nhất, có giá trị tiên lượng cho cả mẹ và thai. Theo kết quả bảng 3.3, hầu hết các thai phụ TSG có dấu hiệu nặng đều tăng huyết áp từ độ 2 trở lên (THA độ 2 là 59,4% và độ 3 là 18,7%). HA tâm thu trung bình là 158,2±24,2 (110-260 mmHg). HA tâm trương trung bình là 96,7±14,0 (70-160 mmHg). Điều này cho thấy đa số thai phụ nhập viện với dấu hiệu nặng của TSG, tương ứng với tỷ lệ TSG có dấu hiệu nặng chiếm tỷ lệ cao trong nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả của Trương Thị Linh Giang (2017) [4]. Có thể thấy, 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 SG.

Phần lớn thai phụ trong nghiên cứu của chúng tôi có phù (81,3%), trong đó tỷ lệ phù toàn thân cao (32,1%) và có tới 2 thai phụ có dấu hiệu phù phổi cấp (2,1%). Kết quả bảng 3.3 cũng cho thấy, phần lớn thai phụ TSG có dấu hiệu nặng protein niệu $\geq 0,5$ g/l với tỷ lệ 74,0%. Mặc dù phù và protein niệu không phải một tiêu chuẩn chẩn đoán TSG, phù là dấu hiệu gợi ý quan trọng để dự đoán khả năng phát sinh những rối loạn liên quan tăng huyết áp trong thai kỳ 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. Kết quả bảng 3.4 cho thấy, phần lớn thai phụ TSG có dấu hiệu nặng đều không có biến đổi trên xét nghiệm cận lâm sàng. Tuy nhiên, thực tế tỷ lệ xuất hiện triệu chứng tổn thương cơ quan đích lại cao hơn tỷ lệ bất thường trên xét nghiệm. Trong đó, tỷ lệ thai phụ có tăng men gan là 11,5%, tăng ure máu là 15,6%, creatinin là 6,2%, giảm tiểu cầu là 5,25 và giảm albumin máu là 12,5%. Tuy nhiên, tỷ lệ tăng acid uric máu chiếm 51%. Đã có nhiều nghiên cứu về acid uric như một chỉ điểm tiên đoán biến chứng của mẹ và thai trong TSG nhưng acid uric tăng không phải là một chất đặc hiệu trong TSG. Như vậy, xét nghiệm cận lâm sàng không phải lúc nào cũng biến đổi tương xứng với mức độ TSG và việc theo dõi sát các diễn biến của các triệu chứng lâm sàng trong TSG có vai trò quan trọng trong đánh giá và xử trí TSG hợp lý.

Kết quả bảng 3.5 cho thấy dấu hiệu nặng thường gặp nhất là tăng huyết áp mức độ nặng (HATT ≥ 160 và/hoặc HATT ≥ 110 mmHg) với tỷ lệ 78,1%. Các dấu hiệu nặng khác có thể gặp nhưng với tỷ lệ nhỏ: rối loạn thần kinh hoặc thị giác chiếm 10,4% (thường là đau đầu dai dẳng, không đáp ứng với điều trị); 25% có suy thận; 19,8% có suy chức năng gan (tăng men gan gấp 2 lần hoặc đau tức vùng thượng vị. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khác với tác giả Phan Lê Nam [9] (2016) cho thấy đau đầu là triệu chứng thường gặp nhất trong TSG nặng chiếm 69,4% số bệnh nhân, tiếp theo là nôn chiếm 40,3%, rối loạn thị giác 32,3% và đau vùng gan 30,6%. Như vậy, những dấu hiệu nặng (đau đầu, nhìn mờ, đau tức thượng vị, tăng huyết áp nặng, suy thận,...) đều là những triệu chứng cảnh báo bệnh tiến triển nặng lên nếu không theo dõi chặt chẽ, xử trí kịp thời và có thể để lại hậu quả nặng nề do diễn tiến bệnh nhanh và phức tạp. Do vậy, khi xuất hiện những dấu hiệu nặng cần có biện pháp dự phòng cơn giạt và cần nhắc chỉ định dừng thai nghén.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ thai phụ TSG có dấu hiệu nặng là 76,8%. Phần lớn thai phụ đều trong độ tuổi hoạt động tình dục (<35 tuổi) và thời điểm chẩn đoán là trước 34 tuần (62,5%). THA nặng là dấu hiệu nặng thường gặp nhất của TSG. Dấu hiệu nặng là những triệu chứng cảnh báo bệnh tiến triển nặng và cần có hướng quản lý, xử trí kịp thời, tránh để lại biến chứng cho mẹ và thai trong TSG.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **A. Hauspurg, W. Ying, C. A. Hubel et al** (2018). Adverse pregnancy outcomes and future maternal cardiovascular disease. *Clin Cardiol*, 41 (2), 239-246.
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. **S. Lisonkova and K. S. Joseph** (2013).

Incidence of preeclampsia: risk factors and outcomes associated with early- versus late-onset disease. Am J Obstet Gynecol, 209 (6), 544.e541-544.e512.

8. **B. M. Sibai** (2005). Diagnosis, prevention, and management of eclampsia. Obstet Gynecol, 105

(2), 402-410.

9. **P. L. Nam** (2016). Nghiên cứu nồng độ acid uric máu trong bệnh lý tiền sản giật – sản giật và mối liên quan với những biến chứng mẹ và kết quả thai nhi, Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ nội trú, Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế,

TỶ LỆ THIẾU MÁU TRƯỚC PHẪU THUẬT UNG THƯ ĐƯỜNG TIÊU HÓA: ĐÁNH GIÁ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN

Nguyễn Huyền Thoại¹, Bùi Quốc Khánh², Nguyễn Thanh Hiếu³, Nguyễn Thị Phương Dung⁴, Nguyễn Thị Thanh⁴

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thiếu máu trước phẫu thuật là yếu tố nguy cơ độc lập cho kết cục xấu ở người bệnh ung thư đường tiêu hóa. Tình trạng thiếu máu trước phẫu thuật có liên quan đến tăng nguy cơ truyền máu, tăng tỷ lệ biến chứng và tỷ lệ tử vong sau phẫu thuật. Chiến lược quản lý máu cho người bệnh ở người bệnh ung thư phẫu thuật chưa được xác định và khuyến nghị đầy đủ. **Mục tiêu:** Khảo sát tỷ lệ thiếu máu trước phẫu thuật ở người bệnh ung thư đường tiêu hóa. Xác định các yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng thiếu máu trước phẫu thuật ở người bệnh ung thư đường tiêu hóa. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang, tiến cứu. Chúng tôi chọn tất cả người bệnh ung thư đường tiêu hóa (bao gồm ung thư thực quản, ung thư dạ dày, ung thư đại tràng, ung thư trực tràng) có chỉ định phẫu thuật chương trình từ tháng 12 năm 2022 đến tháng 5 năm 2023 tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định. Thiếu máu trước phẫu thuật dựa vào nồng độ Hemoglobin (Hb) đầu tiên lúc người bệnh nhập viện, Hb < 12 g/dl với nữ, Hb < 13 g/dl với nam. **Kết quả:** Trong số 118 người bệnh được sàng lọc, có 110 người bệnh ung thư đường tiêu hóa được phân tích. Tuổi trung bình là 61±12 tuổi, chủ yếu là nam 63%. Tỷ lệ thiếu máu trước phẫu thuật là 45,5%, chủ yếu là thiếu máu nhẹ - trung bình, tỷ lệ thiếu máu nhẹ/trung bình/nặng là 20,9%/18,2%/6,4%. Đặc điểm thiếu máu chủ yếu là thiếu máu hồng cầu bình thường (60%) và hồng cầu đẳng sắc (70%). Các yếu tố có liên quan đến thiếu máu trước phẫu thuật ở ung thư đường tiêu hóa là tình trạng thể chất theo ASA (p=0,006), nồng độ Albumin trước phẫu thuật (p=0,006), tình trạng sụt cân (p=0,004), tiền sử xuất huyết tiêu hóa (p=0,008), vị trí khối u (p=0,019) và giai đoạn ung thư TNM (p=0,02). **Kết luận:** Tình trạng thiếu máu trước phẫu thuật ở người bệnh ung thư đường tiêu hóa rất phổ biến. Cần xác định sớm

tình trạng thiếu máu là việc cần thiết trong quản lý máu người bệnh nhằm cải thiện kết cục cho nhóm người bệnh ung thư phẫu thuật.

Từ khóa: Thiếu máu, ung thư đường tiêu hóa.

SUMMARY

PREVALENCE OF PREOPERATIVE ANEMIA IN GASTROINTESTINAL CANCER: ASSESSMENT ASSOCIATED RISK FACTORS

Background: Preoperative anemia is considered independent risk factors for poor outcome in gastrointestinal cancer patients. Preoperative anemia has been associated with increased risk of red blood cell transfusion and increased morbidity and mortality after surgery. Management preoperative anemia strategies for gastrointestinal cancer patients are not insufficiently defined and recommended. **Objectives:** Evaluate the preoperative anemia prevalence in gastrointestinal cancer patients. Identify risk factors affectin for preoperative anemia in gastrointestinal cancer patients. **Patients and methods:** Prospective, cross-sectional study. We selected all patients with gastrointestinal cancer (including esophageal cancer, stomach cancer, colon cancer, rectal cancer) with program strategy indications from December 2022 to May 2023 at Gia Dinh People's Hospital. Preoperative anemia is based on the first hemoglobin (Hb) concentration at hospital, Hb < 12 g/dl for women, Hb < 13 g/dl for men. **Results:** Of the 118 patients screened, 110 gastrointestinal cancer patients were analyzed. The mean age was 61±12 year, mainly 53% males. Preoperative anemia prevalence was 45.5%, mainly mild - moderate anemia, with mild/ moderate/severe anemia prevalence is 20.9%/ 18.2%/6.4%. The most common anemia characteristics are normocytic (60%) and isochromic (70%) anemia. Physical state according to the American Society of Anesthesiologists (p=0,006), preoperative albumin (p=0,006), weight loss (p=0,004), history of gastrointestinal bleeding (p=0,008), tumor location (p=0,019), and cancer stage (p=0,02) are all factors that related preoperative anemia in gastrointestinal cancer. **Conclusion:** Gastrointestinal cancer patients have high prevalence of preoperative anemia. Early detection of anemia in patients with gastrointestinal cancer is an urgent need of patient blood management to hence improving post-operative outcomes in group of surgical cancer patients. **Keywords:** Anemia, gastrointestinal cancer.

¹Trường Đại học Trà Vinh

²Bệnh viện Quân Y 175

³Bệnh viện Trung ương Huế

⁴Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Huyền Thoại

Email: nhthoai@tvu.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.3.2024

Ngày duyệt bài: 12.4.2024