

móm tá tràng, tuy nhiên điều trị nội là chủ yếu. Tỷ lệ tử vong còn cao, thời gian nằm viện vẫn còn kéo dài hơn những phương pháp điều trị khác.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mille M, Engelhardt T, "Stier A. Bleeding Duodenal Ulcer: Strategies in High-Risk Ulcers." *Visc Med.* 2021;37(1):52-62. doi:10.1159/000513689.
2. Kin Tong Chung, Vishalkumar G Shelat (2017) "Perforated peptic ulcer-an update" *World J Gastrointest Surg*, January 27;9(1):1-12.
3. Nguyễn Thị Thu Trang, Phan Quốc Hùng, Nguyễn Ngọc Tuấn (2012), "Giá trị tiên lượng của thang điểm Blatchford trên bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên cấp", *Tạp chí Y học thực*

- hành, Số 852+853, tr. 192- 195.
4. Nguyễn Ngọc Tuấn, Tạ Văn Ngọc Đức, Châu Quốc Sử (2012), "Kết quả kẹp clip cầm máu trong xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng", *Y học TP. Hồ Chí Minh*, 16(11), tr. 137- 146.
  5. Trần Thiện Trung, Trần Anh Minh (2018), "Thủng ổ loét dạ dày - tá tràng", *Cấp cứu ngoại tiêu hóa*. NXB Thanh niên, 66-77
  6. Nguyễn Thăng Toàn và cộng sự (2015), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của xuất huyết tiêu hóa cao tại bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng", *Y Học Việt nam* 436;102-106.
  7. Thái Nguyễn Hưng, Phan Văn Linh (2021), "Điều trị xuất huyết tiêu hóa nặng do loét tá tràng kissing ulcer thủng vào động mạch vị tá tràng và loét dạ dày và loét dạ dày - tá tràng", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 524(3), tr.5

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CỦA THAI PHỤ TIỀN SẢN GIẬT 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:** Nhận xét kết quả điều trị ở 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 được điều trị với 2 loại thuốc hạ áp trở lên (91,7%). 76,7% thai phụ có tuổi thai <34 tuần được điều trị corticoid trước sinh và 59,5% thai phụ có tuổi thai <32 tuần được điều trị Magie sulfat bảo vệ não cho thai. Có 5,2% thai phụ được gây chuyển dạ, 8,3% chuyển dạ tự nhiên, 86,5% mổ lấy thai chủ động, chủ yếu do biến chứng của tiền sản giật. Biến chứng thường gặp nhất cho con là đẻ non (65,6%) và sơ sinh nhẹ cân (69,8%). **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. Đẻ non, thai chậm phát triển và sơ sinh nhẹ cân là những biến chứng nặng cho con và cần được theo dõi, quản lý phù hợp ở những thai kỳ nguy cơ cao.

**Từ khóa:** Kết quả ở mẹ, kết quả ở thai, tiền sản giật có dấu hiệu nặng.

### SUMMARY

#### MATERNAL AND FETAL OUTCOMES IN PRE-ECLAMPSIA WITH SEVERE FEATURES AT HA NOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

**Objective:** To evaluate the maternal and fetal outcomes in severe pre-eclampsia at Ha Noi Obstetrics and Gynecology Hospital in 2022. **Materials and method:** A retrospective cross-sectional study included in 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. Of these, 91.7% were treated with combination therapy for treatment hypertension (two or more antihypertensive drugs). Among those with gestational age under 34 weeks, 76.7% were given antenatal corticosteroids and among those with gestational age under 32 weeks, 59.5% received antenatal Magie sulfate as an infant neuroprotectant. Among these, induction of labor was only 5.2%, 8.3% had spontaneous labor and 86.5% had elective caesarean section, mainly due to the complications of preeclampsia. The most common neonatal complication were prematurity (65.6%) and low birth weight (69.8%). **Conclusion:** Gestational age at the termination of pregnancy improved significantly. Antenatal management and medication treatment will markedly change obstetric outcomes. Prematurity, growth restriction and low birth weight are severe complications to be anticipated appropriately in preeclampsia. **Keywords:** maternal outcome, fetal outcome, severe preeclampsia.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiền sản giật (TSG) là một rối loạn tiến triển

<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: 5.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2024

Ngày duyệt bài: 24.4.2024

đa hệ thống do thai nghén đặc trưng bởi sự khởi phát mới của tăng huyết áp và protein niệu hoặc khởi phát mới của tăng huyết áp và tổn thương các cơ quan mẹ có hoặc không có protein niệu 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 góp đáng kể tỷ lệ mắc bệnh và tỷ suất chết thô ở mẹ và trẻ sơ sinh với 50000–60000 cái chết liên quan đến TSG mỗi năm trên toàn thế giới [1-2]. 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. 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.

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. Hiện tại, hình thức điều trị duy nhất cho TSG có dấu hiệu nặng là ổn định tình trạng của mẹ và thai rồi chấm dứt thai kỳ vào thời điểm tối ưu cho cả mẹ và thai. 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 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

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

*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

$\epsilon$  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:**

- Tiêu chuẩn chẩn đoán tiền sản giật:

+ 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.

+ 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 ( $<100$ G/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).

- Kết quả điều trị: 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 chuyển dạ, biến chứng cho con, tình trạng con sau sinh (cân nặng, Apgar)

**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 có dấu hiệu nặng	
		n	(%)
Tăng huyết áp	HA tâm thu (X±SD)	158,2 ± 24,2 (110-260)	
	HA tâm trương (X±SD)	96,7 ± 14,0 (70-160)	
Phù	Không phù	18	18,7
	Có phù	78	81,3
Protein niệu (g/l)	<0,5	25	26,0
	≥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 ≥ 0,5 g/l (74,0%).

**Bảng 3.2. Điều trị nội khoa**

Loại thuốc		TSG có dấu hiệu nặng	
		n	%
<b>Thuốc cho mẹ</b>			
Thuốc hạ áp	1 loại	8	8,3
	≥ 2 loại	88	91,7
Magie sulfat	Có	81	84,3
	Không	15	34,4
<b>Thuốc cho con</b>			
Corticoid (thai <34 tuần) (n=60)	Có	46	76,7
	Không	14	23,3
Magie sulfat (thai <32 tuần) (n=27)	Có	16	59,3
	Không	11	40,7

**Nhận xét:** Phần lớn các thai phụ TSG có dấu hiệu nặng được điều trị từ hai loại thuốc huyết áp trở lên (84,3%). Đa số thai phụ có tuổi thai <34 tuần (60 trường hợp) được sử dụng corticoid chiếm 76,7%. Thai phụ có tuổi thai <32 tuần có 27 trường hợp và tỷ lệ được sử dụng Magie sulfat 56,3%.

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

Tuổi thai (tuần)	Thời điểm chẩn đoán		Thời điểm chấm dứt thai kỳ	
	SL	%	SL	%
< 28	14	14,6	11	11,5
28-34	46	47,9	41	42,7
> 34	36	37,5	44	45,8
Trung bình	32,4 ± 4,1		33,1 ± 3,6	
p=0,022				

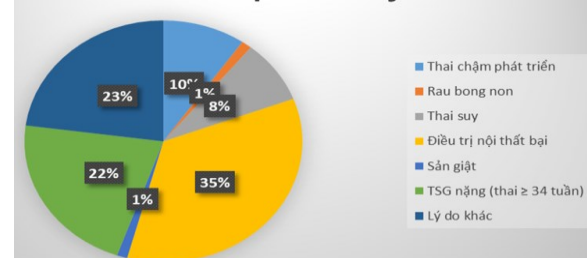
**Nhận xét:** Tuổi thai tại thời điểm chấm dứt thai kỳ cao hơn so với thời điểm chẩn đoán. Tỷ lệ thai dưới 28 tuần tại thời điểm chấm dứt thai kỳ ít hơn thời điểm chẩn đoán (11,5% so với 14,6%) và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê

**Bảng 3.4. Kết quả xử trí sản khoa về phía mẹ**

		TSG có dấu hiệu nặng	
		n	%
Phương pháp chấm dứt thai kỳ	Chuyển dạ tự nhiên	8	8,3
	Gây chuyển dạ	5	5,2
	Mổ lấy thai	83	86,5
Số ngày điều trị	Chấm dứt thai kỳ ngay	24	25,0
	2 ngày	21	21,9
	3-7 ngày	37	38,5
	>7 ngày	14	14,6
	X±SD	4,6±6,1(1-28)	

**Nhận xét:** Phần lớn các thai phụ TSG có dấu hiệu nặng đều phải chấm dứt thai kỳ chủ động (91,7%) và bằng mổ lấy thai (86,5%). Tỷ lệ thai phụ TSG có dấu hiệu nặng được điều trị trong vòng 3-7 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất (38,5%)

**Phân bố chỉ định mổ lấy thai**



**Biểu đồ 3.1. Phân bố chỉ định mổ lấy thai trong TSG có dấu hiệu nặng**

**Nhận xét:** Trong 83 thai phụ có chỉ định mổ lấy thai, 29 trường hợp do điều trị nội thất bại (34,9%), 18 trường hợp TSG có dấu hiệu nặng phải chấm dứt thai kỳ ngay (21,7%), 8 trường hợp do thai chậm phát triển (9,6%), 7 trường hợp do thai suy (8,4%), 2 trường hợp do sản giật và rau bong non.

**Bảng 3.5. Kết quả điều trị về phía con**

Đặc điểm		TSG có dấu hiệu nặng	
		n	%
Biến chứng cho thai	Thai chậm phát triển	8	8,3
	Thai lưu	5	5,2
	Chết sau sinh	9	9,4
	Đẻ non	63	65,6
	Trẻ nhẹ cân (<2500g)	67	69,8
Trọng lượng thai (gram) (n=91)	<2500	67	73,6
	≥2500	24	26,4
X±SD		1857,3±814,7	
Apgar phút thứ nhất	<7 điểm	33	36,3
	≥7 điểm	58	63,7

<b>Apgar phút thứ 5</b>	<7 điểm	19	20,9
	≥7 điểm	72	79,1

**Nhận xét:** Biến chứng cho thai chủ yếu liên quan đến sơ sinh nhẹ cân (<2500g) chiếm 69,8% và non tháng chiếm 65,6%. Tuy nhiên, chỉ số Apgar sau sinh ở phút thứ nhất và phút thứ 5 chủ yếu >7 điểm (63,7% và 79,1%).

#### 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. Kết quả bảng 3.1, 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%). 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 (76,8%). Có thể thấy, THA trong TSG - SG là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong cũng như các biến chứng cho mẹ và thai. Phần lớn thai phụ trong nghiên cứu của chúng tôi có phù (81,3%) và protein niệu ≥ 0,5 g/l (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 và protein niệu >3,5 g/l cũng được chứng minh liên quan với tăng tỷ lệ bệnh tật ở mẹ [4].

**4.1. Kết quả xử trí về phía mẹ.** 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%). Tỷ lệ này cao hơn nhóm thai phụ TSG không có dấu hiệu nặng trong cùng nghiên cứu (37,9%) và cao hơn của tác giả Nguyễn Tiến Vinh (62,5%) [5]. 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. Các thai phụ trong nghiên cứu thuộc nhóm TSG có dấu hiệu nặng và huyết áp phần lớn đều từ độ 2 trở lên (78,1%). Vì vậy, tỷ lệ sử dụng 2 loại thuốc hạ áp trở lên trong nhóm đối tượng nghiên cứu cũng cao hơn. Magie sulfat được chứng minh có tác dụng gây giãn mạch và có tác dụng dự phòng cơn giật ở thai phụ TSG và trong nghiên cứu của chúng tôi có 84,3% thai phụ TSG có dấu hiệu nặng được dự phòng với Magie sulfat.

Corticoid trước sinh là một phương pháp điều trị nhằm giảm đáng kể tỷ lệ suy hô hấp và các biến chứng ở sơ sinh non tháng. Đồng thời, Magie sulfat cũng được nghiên cứu có vai trò

giảm hoặc phòng ngừa tổn thương thần kinh và vì vậy có vai trò bảo vệ não thai nhi, đặc biệt khi thai <32 tuần, mặc dù cơ chế này vẫn chưa được sáng tỏ [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 60 thai phụ TSG có dấu hiệu nặng có tuổi thai dưới 34 tuần, trong đó tỷ lệ được dùng corticoid trước sinh là 76,7%. Trong 27 trường hợp thai phụ có tuổi thai <32 tuần, có 16 thai phụ (59,3%) được dùng Magie sulfat trước sinh với tác dụng bảo vệ não. 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, tiền lượng sơ sinh đẻ đặt (Bảng 3.2).

Kết quả bảng 3.3 cho thấy tuổi thai trung bình ở thời điểm chấm dứt thai kỳ  $33,1 \pm 3,6$  và cao hơn có ý nghĩa so với tuổi thai trung bình ở thời điểm chẩn đoán  $32,4 \pm 4,1$  ( $p < 0,05$ ). Tuy nhiên, tỷ lệ chấm dứt thai kỳ ở nhóm thai phụ < 34 tuần khá cao (54,2%), đặc biệt chỉ có 3 trường hợp thai phụ có tuổi thai < 28 tuần kéo dài thêm tuổi thai sau 28 tuần. Tỷ lệ chấm dứt thai kỳ trước 34 tuần khá cao có thể do sự tiến bộ của y khoa trong chăm sóc sơ sinh non tháng trong những năm gần đây, quyết định chấm dứt thai kỳ sớm cũng được cân nhắc nhiều hơn. Bên cạnh đó, TSG nặng khởi phát sớm cũng là một yếu tố tiên lượng khó khăn trong điều trị kéo dài thai kỳ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ chuyển dạ tự nhiên là 8,3%, gây chuyển dạ 5,2% và 86,5% là mổ lấy thai chủ động (Bảng 3.4). 5 trường hợp gây chuyển dạ là 5 trường hợp do thai lưu tử 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 chủ yếu do những biến chứng của TSG [7]. Rõ ràng, mổ lấy thai đang được chỉ định rộng rãi hơn trong điều trị TSG nhằm đảm bảo an toàn hơn cho mẹ và thai. Bảng 3.4 cũng cho thấy số ngày điều trị trung bình của nhóm thai phụ TSG có dấu hiệu nặng là  $4,6 \pm 6,1$ . Trong đó, có tới 25% số thai phụ phải chấm dứt thai kỳ ngay ngày đầu vào viện và phần lớn thời gian kéo dài thai kỳ <7 ngày (85,4%). Thời gian điều trị trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với tác giả Abdel - Hady tại Ai Cập (2009) là  $12 \pm 6$  ngày [8].

Biểu đồ 3.1 cho thấy trong 83 trường hợp (86,5%) mổ lấy thai chủ động, 29 trường hợp (34,9%) phải mổ lấy thai vì điều trị nội khoa không kết quả, 18 trường hợp (21,7%) do có dấu hiệu nặng không thể điều trị trì hoãn, 8 trường hợp (9,6%) do thai chậm phát triển và 2

trường hợp (2,4%) do rau bong non hoặc do sản giật. Như vậy, điều trị nội thất bại là nguyên nhân thường gặp hơn trong chỉ định mổ lấy thai và tỷ lệ này thấp hơn tác giả Nguyễn Tiến Vinh (43,8%), có thể do chúng tôi đã kiểm soát tình trạng mẹ nhằm kéo dài thời gian để đảm bảo hiệu quả của corticoid hoặc Magie sulfat trong một số trường hợp [5].

**4.2. Kết quả xử trí về phía con.** Bảng 3.5 cho thấy biến chứng thường gặp nhất về phía con là sơ sinh nhẹ cân (69,8%) và sơ sinh non tháng (65,6%). Tỷ lệ trẻ tử vong sau sinh là 9,4% và hầu hết do sơ sinh quá non tháng trên nền TSG khởi phát sớm (dưới 28 tuần). Tỷ lệ thai lưu là 5,2%, trong đó có 3 trường hợp thai lưu tử trước thời điểm nhập viện và 2 trường hợp là biến chứng trong quá trình theo dõi tại viện. Trong 91 trường hợp sơ sinh sống, trọng lượng sơ sinh trung bình là  $1857,3 \pm 814,7$  gram, thấp hơn so với nhóm TSG không có dấu hiệu nặng  $2184,5 \pm 633,8$  và thấp hơn có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,034$ . Tỷ lệ sơ sinh cân nặng thấp được lý giải do bệnh lý TSG của mẹ ảnh hưởng đến tuần hoàn tử cung-rau thai dẫn đến thai chậm phát triển trong tử cung. Đồng thời, 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.

## 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 như

sản giật, rau bong non, hội chứng HELLP ở mẹ hay sơ sinh non tháng, nhẹ cân ở con, thậm chí là tử vong. Vì vậy, thái độ chẩn đoán, điều trị và xử trí ở thai phụ TSG, đặc biệt TSG có dấu hiệu nặng có vai trò quan trọng trong cải thiện kết cục lâm sàng ở thai kỳ nguy cơ cao này.

## 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 tiền 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. **B. M. Sibai** (2005). Diagnosis, prevention, and management of eclampsia. *Obstet Gynecol*, 105 (2), 402-410.
5. **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.
6. **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.
7. **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.
8. **S. Abdel-Hady el, M. Fawzy, M. El-Negeri et al** (2010). Is expectant management of early-onset severe preeclampsia worthwhile in low-resource settings? *Arch Gynecol Obstet*, 282 (1), 23-27.

## ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT UNG THƯ ĐẠI TRÀNG PHẢI XÂM LẤN ĐẦU TUY TÁ TRÀNG

Thái Nguyên Hưng<sup>1</sup>, Không Văn Quang<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Ung thư đại tràng phải (UTĐTP) tiến triển tại chỗ xâm lấn đầu tụy và hoặc tá tràng là tổn thương hiếm gặp. Phẫu thuật triệt căn bao gồm cắt 1/2 đại tràng phải và cắt khối tá tụy hoặc cắt đoạn tá tràng còn gặp nhiều khó khăn do tỷ lệ tử vong và biến chứng cao. Mổ nối tắt hoặc cắt đại tràng phải (diện cắt R1-2) có thời gian sống ngắn. Bởi vậy chúng tôi

nghiên cứu đề tài nhằm mục tiêu mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật của ung thư đại tràng phải tiến triển tại chỗ, xâm lấn tá tràng và hoặc đầu tụy. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu những BN được chẩn đoán ung thư đại tràng phải xâm lấn tá tràng và/hoặc đầu tụy, được phẫu thuật tại khoa ngoại bụng 2, BV K. **Kết quả nghiên cứu:** 7 BN, Nữ 6/7 BN (85,7%), Nam 1/7 BN (14,3%) tuổi TB 58,3T, 100% có bán tắc ruột, 3/7 BN (42,8%) khám bụng sờ thấy khối U. CLVT phát hiện khối U ĐTP 100%. CLVT không phát hiện khối UTĐTP xâm lấn tá tràng hay đầu tụy. Kết quả NSĐT 6/7 BN (85,7%) có khối u gây hẹp lòng ĐT. Nội soi dạ dày nghi thủng tá tràng 1 BN. Tổn thương trong mổ: 5/7 BN UTĐTP xâm lấn tá tràng (1UTĐTP thủng vào DII tá tràng trên

<sup>1</sup>Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hưng  
Email: thainguyenhung70@gmail.com  
Ngày nhận bài: 6.2.2024  
Ngày phản biện khoa học: 21.3.2024  
Ngày duyệt bài: 25.4.2024