

- Tổn thương trên phim chụp CT-scanner sọ não không tiêm thuốc cản quang chủ yếu là tăng tín hiệu động mạch não (8,1%), giảm tỷ trọng nhân bèo (6,5%), mất phân biệt chất xám, trắng (4,8%), xóa các rãnh cuộn não (4,8%)

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mohr JP, Wolf PA, Grotta JC, et al**, (2011), Stroke: Pathophysiology, Diagnosis, and Management, Elsevier Saunders, 5th edition.125-127.
2. **Nguyễn Thị Bảo Liên** (2013), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố nguy cơ của bệnh nhồi máu não. Tạp chí Y học thực hành, 5/2013, 62-65.
3. **Huỳnh Thị Phương Minh** (2014), Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân nhồi máu não cấp được điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang năm 2014 – 2015. Tạp chí Y học thực hành, 1/2014, 146-148.
4. **Vũ Xuân Tân** (2007), Yếu tố nguy cơ và tiên lượng ở bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não cục bộ

cấp, Luận án Thạc sĩ Y học, Đại học Y Dược TP.HCM, 234-235.

5. **Nguyễn Huy Ngọc** (2012), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân nhồi máu não tại bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ, Luận án tiến sĩ, Học viện Quân y, 53-54.
6. **Nguyễn Duy Bách và cộng sự** (2009), Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng và hình ảnh CT-scanner sọ não ở bệnh nhân tai biến mạch máu não giai đoạn cấp tại bệnh viện Hữu nghị Việt Nam Cu Ba-Đông Hới, Tạp chí khoa học, Đại học Huế, số 52-2009, 5-12.
7. **Đặng Phúc Đức và cộng sự** (2017), Nghiên cứu kết quả điều trị thuốc tiêu huyết khối đường tĩnh mạch trên 30 bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não cấp tại bệnh viện 103, Tạp chí Y học thực hành, 5/2016, tr62-65.
8. **Lê Thị Hòa Bình** (2010), Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của thiếu máu não cục bộ ở người cao tuổi tại bệnh viện Thống Nhất, Luận án tiến sĩ, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.

## KẾT QUẢ SẴN KHOA 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:** Đánh giá kết quả sản khoa tiền sản giật không có dấu hiệu nặng ở bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2022. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 125 phụ nữ thai phụ tiền sản giật đến khám và điều trị tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội từ tháng 1 năm 2022 tới tháng 12 năm 2022. **Kết quả:** Nhóm TSG không có dấu hiệu nặng có 29 thai phụ (chiếm 23,2%), trong đó đa số được điều trị 2 ngày (chiếm 55,2%), dài nhất là 48 ngày. Trong đó có 1 trường hợp chuyển dạ tự nhiên, 28 trường hợp chấm dứt thai kỳ khi có chỉ định. Lý do chính mà 28 trường hợp có chỉ định CDTK là do điều trị nội khoa thất bại. Trong các trường hợp có chỉ định CDTK thì 96,4% thai phụ được mổ lấy thai; chỉ có 1 trường hợp đẻ đường âm đạo, chiếm 3,6% và không có trường hợp nào phải can thiệp thủ thuật forceps trong đẻ. Biến chứng cho thai chủ yếu liên quan đến sơ sinh nhẹ cân (<2500g) chiếm 58,6% và non tháng chiếm 27,6%. **Kết luận:** Tiền sản giật là bệnh lý thường gặp ở độ tuổi sinh đẻ, nhóm thai phụ TSG không có dấu hiệu nặng có độ tuổi trung bình (30 ±7). 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 thường gặp cho con và cần được theo dõi, quản lý phù hợp ở những thai kỳ nguy cơ cao.

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

#### SUMMARY

#### MATERNAL AND FETAL OUTCOMES IN PRE-ECLAMPSIA WITHOUT SEVERE FEATURES AT HA NOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

**Objective:** Evaluate obstetric results of pre-eclampsia without severe signs at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital in 2022. **Research subjects and methods:** Cross-sectional descriptive study on 125 pre-eclamptic pregnant women coming for examination and treatment at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital from January 2022 to December 2022. **Results:** In the group with preeclampsia without severe signs, there were 29 pregnant women (accounting for 23.2%), of which the majority were treated for 2 days (accounting for 55.2%), the longest being 48 days. Of these, there was 1 case of spontaneous labor and 28 cases of pregnancy termination when indicated. The main reason why 28 cases were indicated for CDTK was due to failure of medical treatment. In cases where CDTK is indicated, 96.4% of pregnant women undergo cesarean section; There was only 1 case of vaginal birth, accounting for 3.6%, and no case required forceps intervention during childbirth. Fetal complications are mainly related to low birth weight (<2500g) accounting for

<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: 4.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.4.2024

Ngày duyệt bài: 13.5.2024

58.6% and prematurity accounting for 27.6%. **Conclusion:** Preeclampsia is a common disease in the reproductive age group, the group of pregnant women with preeclampsia without severe signs has an average age ( $30 \pm 7$ ). Prenatal management and medical treatment significantly improve obstetric outcomes. Premature birth, fetal growth retardation and low birth weight are common complications for the baby and need to be monitored and managed appropriately in high-risk pregnancies.

**Keywords:** preeclampsia, preeclampsia without severe signs, maternal outcomes, fetal outcomes.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiền sản giật (TSG) được hiệp hội Sản Phụ Khoa Quốc Tế định nghĩa là một rối loạn tiến triển 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]. TSG có thể xảy ra ở bất kỳ quốc gia nào.

Tại Việt Nam, theo loạt nghiên cứu tại Huế năm 2012-2016, tỷ lệ tiền sản giật chiếm khoảng 2,8 - 5,5% tổng số thai phụ [3]. TSG là một bệnh lý liên quan đến bánh rau. Nhưng đến nay, nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh của TSG chưa rõ ràng, còn gây nhiều tranh cãi. Bệnh có biểu hiện các rối loạn bệnh lý ở nhiều cơ quan nhưng đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng lại diễn biến khác nhau tùy từng trường hợp. Một số trường hợp tình trạng thai phụ diễn biến nhanh mà không có các dấu hiệu báo trước. Chính vì vậy, thái độ điều trị, cách thức xử trí và quản lý người bệnh còn nhiều điểm chưa nhất quán. Việc xử trí bệnh nhân 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 chưa đủ tháng. Đến hiện tại, hình thức điều trị duy nhất cho TSG nặng là ổn định tình trạng của mẹ và thai nhi rồi chấm dứt thai kỳ vào thời điểm tối ưu cho mẹ và thai [4]. Trước những hậu quả nặng nề của TSG cũng như những khó khăn trong quyết định thái độ xử trí, việc tìm ra những đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng giúp chẩn đoán sớm và xử trí kịp thời TSG là thiết sức cần thiết. Để giúp cho các Bác sỹ nhìn nhận lại bệnh cảnh tiền sản giật tại Bệnh viện và phần nào đánh giá việc áp dụng phác đồ điều trị được xây dựng dựa trên hướng dẫn chẩn đoán, điều trị các

bệnh sản phụ khoa của Bộ Y tế về tiền sản giật tại bệnh viện, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Nhận xét kết quả điều trị 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.** Hồ sơ bệnh án của thai phụ chẩn đoán xác định TSG được theo dõi và điều trị, kết thúc thai kỳ tại khoa Sản Bệnh, Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội từ ngày 01/01/2022 đến ngày 31/12/2022 với tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ sau:

### 2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Sản 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.
- Hồ sơ bệnh án điện tử đầy đủ thông tin nghiên cứu.

### 2.1.2. 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.[5]; 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:** 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**

Trong thời gian nghiên cứu từ 01/01/2022 đến 31/12/2022 chúng tôi đã thu thập được số liệu trên 125 thai phụ tiền sản giật đủ tiêu chuẩn nghiên cứu. Chúng tôi chia làm 2 nhóm: nhóm tiền sản giật có dấu hiệu nặng (TSG nặng) có 96 thai phụ và nhóm TSG không có dấu hiệu nặng (TSG) có 29 thai phụ.

**Bảng 3.1. Đặc điểm chung của thai phụ**

Đặc điểm chung		TSG không có dấu hiệu nặng	
		n	%
Tuổi	≥35	4	3,2
	<35	25	16,7
<b>X± SD</b>		30±7 Min 17, Max 46	
Yếu tố địa dư	Nông thôn	15	51,7
	Thành thị	13	44,8
	Miền núi	1	3,5
	Tổng	29	100
Dân tộc	Kinh	26	89,7
	Khác	3	10,3
	<b>Tổng</b>	<b>29</b>	<b>100</b>
<b>Tiền sử</b>		<b>n</b>	
Tiền sử mắc bệnh nội khoa	Không bệnh	69	
	THA	25	
	Bệnh nội tiết	20	
	THA + ĐTĐ	5	
	Tự miễn	2	
	Bệnh thận	3	
	Bệnh mạn tính khác	1	
<b>Tổng</b>		<b>125</b>	

**Nhận xét:** - Thai phụ trong nghiên cứu, đa số trong nhóm <35 tuổi. Chiếm tỷ lệ 62,4%. Tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là 32 ± 6 tuổi.

- Tỷ lệ thai phụ trong nghiên cứu ở nông thôn chiếm 51,2%, thành thị chiếm 43,2%, đa số là dân tộc kinh ( 90,4%)

- Tỷ lệ thai phụ trong nghiên cứu không có bệnh nền là 55,2%.

**Bảng 3.2. Đặc điểm sản khoa**

Đặc điểm		TSG không có dấu hiệu nặng		p
		n	%	
Mức độ TSG	Đơn thai	22	75,9	P=0,088
	Đa thai	7	24,1	
	<b>Tổng</b>	<b>29</b>	<b>100</b>	
Cách thức mang thai	IVF/ IUI	8	27,5	P=0.304
	Tự nhiên	21	72,4	
	<b>Tổng</b>	<b>29</b>	<b>100</b>	
Số lần đẻ	Con rạ	12	41,4	P=0.415
	Con so	17	58,6	
	<b>Tổng</b>	<b>29</b>	<b>100</b>	

**Nhận xét:** - 100 thai phụ trong nghiên cứu, con so chiếm 58,6%.

- Trong nghiên cứu, chủ yếu là sản phụ đơn thai.

- Trong tổng số 100 thai phụ nghiên cứu, 72,4% trường hợp là thai tự nhiên.

**Bảng 3.3. Số ngày điều trị nội khoa trước khi CDTK**

Số ngày điều trị nội khoa	TSG không có dấu hiệu nặng	
	n	%
CDTK ngay	6	20,7
2 ngày	16	55,2
3-7 ngày	2	6,9
>7 ngày	5	17,2
Số ngày điều trị nội khoa trung bình	6.1 ± 9.7 Min=1 max=48	

**Nhận xét:** - Có 6 trường hợp (20,7%) phải CDTK ngay trong ngày đầu vào viện.

- Số ngày điều trị nội khoa trung bình trước khi CDTK của nhóm bệnh nhân TSG không có dấu hiệu nặng trong nghiên cứu là 6.1 ± 9.7 ngày.

**Bảng 3.4. Thuốc điều trị nội khoa**

Loại thuốc	TSG không có dấu hiệu nặng		
	n	%	
<b>Thuốc cho mẹ</b>			
Magie sulfat	Có	3	10,3
	Không	26	80,7
1 loại thuốc hạ áp	7		24,1
≥2 loại thuốc hạ áp	11		37,9
Không dùng hạ áp	11		35,2
<b>Thuốc cho con</b>			
Corticoid với thai <34 tuần	Có		
	Không		
Magie sulfat Với thai <32 tuần	Có		
	Không		

**Nhận xét:** Các thuốc được sử dụng trong điều trị TSG không có dấu hiệu nặng cho mẹ là Magie Sulfat, amlor, methyldopa, nicardipin. Số trường hợp sử dụng Magie sulfat là 10,3%. Điều trị từ hai loại thuốc huyết áp trở lên là 37,9%.

**Bảng 3.5. Phân bố tuổi thai lúc CDTK**

Tuổi thai lúc đình chỉ	Phân loại TSG		TSG không có dấu hiệu nặng	
	SL	%	SL	%
< 28	0	0		
28-34	8	27,6		
> 34	21	72,4		
Trung bình	34,9 ± 2,4			

**Nhận xét:** - Thời điểm kết thúc thai kỳ của nhóm bệnh nhân nghiên cứu có 21% là sau 34 tuần.

- Tuổi thai trung bình lúc kết thúc thai kỳ của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 34,9 ± 2,4.

**Bảng 3.6. Xử trí sản khoa trong TSG**

Đình chỉ thai nghén bằng phương pháp	TSG không có dấu hiệu nặng	
	n	%
Chuyển dạ tự nhiên	1	3,4%
Châm dứt thai kỳ	28	96,6%
<b>Tổng</b>	<b>29</b>	<b>100%</b>
Phương pháp châm dứt thai kỳ		
Gây chuyển dạ	1	3,6%
Mổ lấy thai	27	96,4%
<b>Tổng</b>	<b>28</b>	<b>100%</b>

**Nhận xét:** - Có 1 trường hợp chuyển dạ tự nhiên.  
 - Có 28 thai phụ có chỉ định CDTK chiếm tỷ lệ là 96,6%.  
 - Tỷ lệ thai phụ được gây chuyển dạ đẻ là 3,6%.  
 - Thai phụ được chỉ định CDTK chủ yếu bằng phương pháp mổ lấy thai chiếm 96,4%.

**Bảng 3.7. Kết quả điều trị về phía con**

Đặc điểm	TSG không có dấu hiệu nặng		
	n	%	
Trọng lượng trẻ sơ sinh (gram)			
P<2500g	17	58,6	
P≥2500g	12	41,4	
Trung bình	2184 ± 633		
Chỉ số Apgar			
1 phút	≥ 7	26	89,7
	< 7	3	10,3
5 phút	≥ 7	28	96,6
	< 7	1	3,4
Biến chứng cho thai			
Thai chậm phát triển	17	58,6	
Thai lưu	0	0	
Chết sau sinh	0	0	
Đẻ non	8	27,6	
Trẻ nhẹ cân (<2500g)	17	58,6	

**Nhận xét:** Biến chứng cho thai chủ yếu liên quan đến sơ sinh nhẹ cân (<2500g) chiếm 58,6% và non tháng chiếm 27,6%. Tuy nhiên, chỉ số Apgar sau sinh ở phút thứ nhất và phút thứ 5 chủ yếu >7 điểm (89,7% và 96,6%). Trọng lượng trung bình trẻ sơ sinh của nhóm TSG không có dấu hiệu nặng là 2184 ±633, chiếm 58,6%.

**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.

TSG là bệnh lý liên quan đến thai nghén, do đó, TSG có thể gặp ở mọi lứa tuổi và các mức độ từ nhẹ đến nặng. Kết quả nghiên cứu tại bảng 3.1 cho thấy nhóm bệnh nhân nghiên cứu nằm trong độ tuổi từ 17 đến 48. Tuổi trung bình của thai phụ là 32± 6,0. Kết quả nghiên cứu cũng

cho thấy vùng địa dư chiếm tỉ lệ cao nhất là nông thôn 71,2%. Kết quả bảng 3.1 của chúng tôi cho thấy: tỷ lệ thai phụ có bệnh nội tiết là 20% trong đó chủ yếu là đái tháo đường và đái tháo đường thai kỳ. Tỷ lệ thai phụ có tăng huyết áp đơn thuần là 20%, tỷ lệ thai phụ có bệnh nội tiết và tăng huyết áp là 4%. Như vậy, có thể khi mắc các bệnh có liên quan về huyết áp hay nội tiết, đặc biệt là đái tháo đường, sẽ có nguy cơ cao mắc TSG. Chủ yếu bệnh nhân mang thai con so chiếm 52%; có 60 trường hợp đẻ lần thứ 2 trở lên, chiếm 48%. Theo Kooffreh và Ekott cho rằng khi mang thai nhiều lần hệ miễn dịch đã thích nghi nên làm giảm tỉ lệ phản ứng lại với các yếu tố dị nguyên từ thai gây ra tiền sản giật [6]. Thai phụ song thai và đa thai có nguy cơ mắc tiền sản giật cao gấp 3 đến 4 lần thai phụ đơn thai [7-8]. Trong 125 thai phụ nghiên cứu có tới 18 thai phụ là đa thai chiếm 14,4%. Mang đa thai luôn có nguy cơ tăng cao các bệnh lý trong thai kỳ như tiền sản giật, đái tháo đường thai kỳ...Do vậy, thai phụ chưa song thai và đa thai cần khám và quản lý thai nghén chặt chẽ phát hiện điều trị kịp thời bệnh lý TSG. Thế giới có nhiều nghiên cứu chỉ ra mối liên quan giữa thụ tinh ống nghiệm với nguy cơ TSG. Những sản phụ thai IVF có nguy cơ mắc TSG gấp 1,8 lần thai tự nhiên có ý nghĩa thống kê với CI 95% 1,6-2,1 [7-9]. Trong nghiên cứu có 26/125 trường hợp là thai hỗ trợ sinh sản- thụ tinh ống nghiệm (20,8%).

**Kết quả xử trí về phía mẹ.** Bảng 3.2 cho thấy trong nhóm nghiên cứu về những thai phụ bị TSG nằm viện và điều trị, châm dứt thai kỳ tại khoa A4, Bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2022.

Điều trị nội khoa thường được chỉ định khi thai phụ chưa được điều trị trước đó, mức độ tiền sản giật không có dấu hiệu nặng và điều trị để chuẩn bị tốt hơn cho mẹ và con. Vì vậy, các bác sĩ điều trị nội khoa giúp cải thiện tình trạng bệnh để kéo dài thời gian mang thai, giúp thai nhi phát triển và trưởng thành hơn, giảm tỷ lệ biến chứng do non tháng cho con. Hầu hết các sản phụ chỉ có thể điều trị kéo dài thời gian mang thai và điều trị tại bệnh viện. Hiện phác đồ điều trị TSG đã có nhiều tiến bộ và việc quản lý thai nghén tại các cơ sở y tế cũng tốt nên có thể cho những thai phụ tiền sản giật không có dấu hiệu nặng điều trị ổn định ra viện, hướng dẫn quản lý thai nghén và khám thai định kỳ.

Theo bảng 3.3, nhóm TSG không có dấu hiệu nặng có 29 thai phụ, trong đó đa số được điều trị 2 ngày (chiếm 55,2%). Số ngày điều trị nội khoa trung bình trước khi CDTK của nhóm

bệnh nhân trong nghiên cứu dài nhất là 48 ngày. Có thể là do tuổi thai được chẩn đoán TSG ở nhóm TSG không có dấu hiệu nặng chủ yếu >34 tuần chiếm 62,1%. Nhóm này CDTK trước 37 tuần chủ yếu do tình trạng của con: thai suy, thai chậm phát triển trong tử cung nặng,...

Phần lớn bệnh nhân nghiên cứu được dùng  $\geq$  hai loại thuốc hạ áp, chiếm 37,9% (amlor, methyldopa, nicardipin). Việc lựa chọn thuốc hạ áp tùy thuộc vào tình trạng cao huyết áp, đáp ứng của thai phụ TSG với HA về mức an toàn. Còn lại là kết hợp thuốc hạ áp với các loại thuốc khác, trong đó chủ yếu vẫn là Magie sunfat và thuốc an thần. Trong 29 trường hợp TSG không có dấu hiệu nặng có điều trị nội khoa số trường hợp sử dụng Magie sunfat là 10,3%. Magie sunfat gây giãn mạch, giãn các mao động mạch dẫn đến có tác dụng hạ huyết áp. Theo Noor. S và cộng sự Magie sunfat là thuốc chống co giật lý tưởng được sử dụng trong 99% trường hợp TSG ở Bắc Mỹ. Magie sunfat có tác dụng làm tăng lưu lượng dòng máu tử cung, tăng lưu lượng dòng máu thận, tăng giải phóng Prostacyclin bởi tế bào nội mô, giảm hoạt động của các renin huyết tương, giảm enzyme chuyển Angiotensin, giảm sự đáp ứng của mạch máu với các chất tăng áp, giảm kết tụ tiểu cầu [10]

**Kết quả xử trí về phía con.** Phương châm trong xử trí TSG là ưu tiên mẹ, chiếu cố đến con. Do vậy thai kỳ của những bà mẹ TSG thường phải kết thúc khi thai chưa đủ tháng để tránh tình trạng trầm trọng hơn của mẹ thậm chí là đe dọa tính mạng. Trẻ sinh non là gánh nặng cho gia đình và xã hội đặc biệt khi tuổi thai <32 tuần (trẻ cực non và rất non).

Trẻ sinh non có nguy cơ tổn thương thần kinh cao, bại não và rối loạn chức năng nhận thức là hai trong những tổn thương thường gặp nhất và nguy cơ này tỷ lệ nghịch với tuổi thai lúc sinh. Bại não là nguyên nhân hàng đầu gây tàn tật suốt đời cho trẻ, để lại các ảnh hưởng nghiêm trọng về mặt kinh tế, y tế và tinh thần. Bảo vệ não thai nhi hiện vẫn còn là thách thức ở các trường hợp sinh rất non. MgSO<sub>4</sub> là một trong những thuốc đã sử dụng trong các thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng cho thấy khả năng bảo vệ thần kinh. Đặc biệt ở hệ vận động, nhằm làm giảm các biến chứng trên hệ vận động. Cơ chế tại sao MgSO<sub>4</sub> có tác dụng giảm hoặc phòng ngừa tổn thương thần kinh vẫn chưa được hiểu rõ. Các cơ chế có vẻ hợp lý trong thời gian hiện tại như ổn định thành mạch, giảm tổn thương khi thiếu oxy, và giảm cytokine hoặc các amino acid kích thích gây tổn thương tế bào não.

Cần nhiều nghiên cứu hơn nữa để làm sáng tỏ vai trò của MgSO<sub>4</sub>. Kết quả đáng khích lệ từ các tổng quan hệ thống và phân tích gộp khẳng định sử dụng MgSO<sub>4</sub> cải thiện phát triển tâm thần kinh ở các trẻ sơ sinh sinh non.

Trong nhóm bệnh nhân TSG không có dấu hiệu nặng có 1 trường hợp chuyển dạ tự nhiên. 28 trường hợp chấm dứt thai kỳ khi có chỉ định. Lý do chính mà 28 trường hợp có chỉ định CDTK là do điều trị nội khoa thất bại. Trong các trường hợp có chỉ định CDTK thì 96,4% thai phụ được mổ lấy thai; chỉ có 1 trường hợp đẻ đường âm đạo, chiếm 3,6% và không có trường hợp nào phải can thiệp thủ thuật forceps trong đẻ. Kết quả của tác giả Nguyễn Việt Tiến năm 2015 thì mổ lấy thai là 90,3%. Điều này cho thấy mổ lấy thai là phương pháp mà các thầy thuốc đang chỉ định rộng rãi trong điều trị TSG cho bệnh nhân. Có nhiều lý do để chỉ định mổ lấy thai và phụ thuộc vào nhiều yếu tố: Tình trạng bệnh của mẹ, các biến chứng với mẹ và thai, yếu tố sản khoa, khả năng sống sót của thai và các yếu tố xã hội. Có thể phương pháp mổ lấy thai là một phương pháp an toàn, không tốn thời gian theo dõi và cho kết quả nhanh chóng. Trong khi đó các phương pháp đình chỉ thai nghén khác đòi hỏi sự theo dõi sát sao và có thể xuất hiện biến chứng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ trẻ đẻ non 27,6%, không có biến chứng thai lưu trong quá trình theo dõi tại Bệnh viện. 17 trẻ nhẹ cân (58,6%) do chậm phát triển trong tử cung và đẻ non tháng. Vì con của những bà mẹ bị TSG thường phải CDTK khi thai chưa đủ tháng để tránh cho tình trạng bệnh trầm trọng hơn cho mẹ và khi đó thai chưa phát triển hoàn chỉnh, nên khi ra đời trẻ bị nhẹ cân (cân nặng dưới 2500g) là điều tất yếu. Mặt khác do sự tiến bộ của y học chăm sóc sơ sinh non tháng và nhẹ cân trong những năm gần đây nên các y bác sỹ đã mạnh dạn hơn trong việc đưa ra quyết định CDTK khi con có thể nuôi được.

Trọng lượng trẻ sơ sinh của nhóm TSG không có dấu hiệu nặng là  $2184.9 \pm 633.0$ . Chỉ có 41,4% trẻ sơ sinh có cân nặng  $\geq 2500$ . Như vậy có 58,6% trẻ sơ sinh có cân nặng <2500g. Tỷ lệ sơ sinh cân nặng thấp bên cạnh bệnh lý của mẹ ảnh hưởng đến tuần hòa tử cung- rau dẫn đến thai chậm phát triển trong tử cung thì xu hướng CDTK sớm ở những thai phụ tiền sản giật nhằm giảm thiểu nguy cơ cho mẹ và con đã làm tăng tỷ lệ sơ sinh non tháng và thấp cân. Biến chứng cho thai liên quan đến sơ sinh non tháng chiếm 27,6%. Tuy nhiên, chỉ số Apgar sau sinh ở phút thứ nhất và phút thứ 5 chủ yếu >7

điểm (89,7% và 96,6%). Trọng lượng trung bình trẻ sơ sinh của nhóm TSG không có dấu hiệu nặng là  $2184 \pm 633$ , chiếm 58,6%.

## V. KẾT LUẬN

Tiền sản giật là bệnh lý thường gặp ở độ tuổi sinh đẻ, nhóm thai phụ TSG không có dấu hiệu nặng có độ tuổi trung bình ( $30 \pm 7$ ). Quản lý trước sinh và điều trị nội khoa cải thiện đáng kể kết quả sản khoa. Đề non, thai chậm phát triển và sơ sinh nhẹ cân là những biến chứng thường gặp cho con và cần được theo dõi, quản lý phù hợp ở những thai kỳ nguy cơ cao. Trong đó, số trẻ sơ sinh nhẹ cân ( $< 2500g$ ) chiếm 58,6 % và non tháng chiếm 27,6%.

## 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. **Lutfi S, Allen V.M, Fahey J et al** (2004). Twin-twin transfusion syndrome: a population-based study. *Obstet Gynecol*, 104 (6), 1289-1297.
4. **G. M. F. Fikadu K, Getahun F, Chufamo N, Misiker D** (2020). Family history of chronic illness, preterm gestational age and smoking exposure before pregnancy increases the probability of preeclampsia in Omo district in southern Ethiopia: a case-control study. *Clin Hypertens*. 2020;26:16. doi:10.1186/s40885-020-00149-9.
5. **T. L. G. Trương** (2022). NGHIÊN CỨU GIÁ TRỊ CỦA SIÊU ÂM DOPPLER TRONG TIỀN LƯỢNG TINH TRẠNG SỨC KHỎE CỦA THAI Ở THAI PHỤ TIỀN SẢN GIẬT. *Tạp chí Điện quang & Y học hạt nhân Việt Nam*, (29), 48-48.
6. **E. M. Kooffreh M.E, Ekpoudom D.O** (2020). The prevalence of pre-eclampsia among women in the university of Calabar teaching hospital. *Saudi journal for health sciences*, 3(3), 133-136.,
7. **B. M. Sibai** (2005). Diagnosis, prevention, and management of eclampsia. *Obstet Gynecol*, 105 (2), 402-410.
8. **Bệnh viện Từ Dũ Sở Y tế Thành phố Hồ Chí Minh** (2015), Phác đồ điều trị sản phụ khoa, Nhà xuất bản Thanh Niên.
9. **F. T. watanabee N, Suzuki T, et al.** (2014,). Is in vitro fertilization associated with preeclampsia? A propensity score matched study. *BMC pregnancy childbirth* 2014; 14:69-69.
10. **S. Noor, M. Halimi, N. R. Faiz et al** (2004). Magnesium sulphate in the prophylaxis and treatment of eclampsia. *J Ayub Med Coll Abbottabad*, 16 (2), 50-54.

## THỰC TRẠNG BỆNH RĂNG MIỆNG CỦA HỌC SINH TẠI HỆ THỐNG TRƯỜNG MẦM NON OLYMPIA NĂM 2022 - 2023

Lương Minh Hằng<sup>1</sup>, Nguyễn Tiến Dũng<sup>1</sup>, Lê Văn Anh<sup>1</sup>,  
Nguyễn Tùng Dương<sup>1</sup>, Trần Lưu Đông A<sup>1</sup>, Nguyễn Lêna<sup>1</sup>,  
Dương Đức Long<sup>1</sup>, Nguyễn Trọng Hiếu<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 430 trẻ 2-5 tuổi tại hệ thống trường mầm non Olympia, Hà Nội nhằm đánh giá tình trạng sâu răng và vệ sinh răng miệng của đối tượng. Tỷ lệ trẻ mắc sâu răng là 61,63%, chỉ số sâu răng sữa trung bình dmft =  $4,34 \pm 5,32$ , dmfs =  $5,14 \pm 7,80$ . Tỷ lệ sâu răng sữa có xu hướng tăng dần theo độ tuổi. Tỷ lệ răng sâu không được điều trị cao. Tình trạng sâu răng tỷ lệ thuận với mức độ cận bám. Mức độ cận bám có mối liên quan mật thiết với tuổi, giới tính. **Từ khóa:** Sâu răng, răng sữa, trẻ mầm non, vệ sinh răng miệng, yếu tố liên quan, nghiên cứu mô tả cắt ngang

### SUMMARY

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lương Minh Hằng

Email: minhhang@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.4.2024

Ngày duyệt bài: 14.5.2024

### PREVALENCE OF ORAL HYGIENE STATUS AND EARLY CHILDHOOD CARIES AMONG OLYMPIA PRESCHOOL SYSTEM IN 2022-2023

A cross-sectional study was conducted on 430 children aged 2-5 years in Olympia preschool, Hanoi to investigate the prevalence of dental caries and oral hygiene status. The prevalence of dental caries was 61.63%, with the mean dmft =  $4,34 \pm 5,32$  and the mean dmfs =  $5,14 \pm 7,80$ . The prevalence of dental caries increases with age. The percentage of untreated carious teeth was high. The severity of dental caries was positively correlated with the degree of plaque accumulation. The degree of plaque accumulation is associated with age and gender. **Keywords:** early childhood caries, oral health, preschool children, related factors, cross-sectional study.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sâu răng sữa là một dạng sâu răng đặc biệt, tiến triển nhanh và gây nhiều hậu quả nghiêm trọng về sức khỏe răng miệng. Theo Tổ chức Y