

- location. *Circulation*. 2012 Jun 26;125(25):3133-41. doi: 10.1161 /CIRCULATIONAHA. 111.090266. Epub 2012 May 21.
- Czerny M, Schmidli J, Adler S, van den Berg J, Bertoglio L, Carrel T, Chiesa R, Clough RE, Eberle B, Etz C, Grabenwöger M, Haulon S, Jakob H, Kari FA, Mestres CA, Pacini D, Resch T, Rylski B, Schönhoff F, Shrestha M, von Tengg-Kobligh H, Tsagakis K, Wyss TR.** Current options and recommendations for the treatment of thoracic aortic pathologies involving the aortic arch—an expert consensus document of the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS) and the European Society of Vascular Surgery (ESVS). *Eur J Cardiothorac Surg* 2019;55:133–162. Google Scholar Crossref PubMed WorldCat
 - Martin Czerny, Bartosz Rylski.** Acute type A aortic dissection reconsidered: it's all about the location of the primary entry tear and the presence or absence of malperfusion. *Eur Heart J*. 2021 Dec 28; 43(1): 53-55. doi: 10.1093/eurheartj/ehab664.
 - Yosuke Inoue, Kenji Minatova, Tatsuya Oda, Tatsuya Itonaga, Yoshimasa Seike, Hiroshi Tanaka, Hiroaki Sasaki, Junjiro Kobayashi, et al.** Surgical outcomes for acute type A aortic dissection with aggressive primary entry resection. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2016 Sep;50(3): 567-73. doi: 10. 1093/ejcts/ezw111. Epub 2016 Apr 3.
 - Wei-Guo Ma, Wei Zhang, Long-Fei Wang, Jun Zhenq, Bulat A Ziqanshin, Paris Charilaou, Xu-Dong Pan, Yong-Min Liu, Jun-Min Zhu, Qian Chang, John A Rizzo, John A Elefteriades, Li-Zhong Sun.** Type A aortic dissection with arch entry tear: Surgical experience in 104 patients over a 12-year period. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2016 Jun;151(6):1581-92. doi: 10.1016/j.jtcvs.2015.11.056. Epub 2015 Dec 13.
 - Yue Shi, Minjia Zhu, Yu Chang, Huanyu Qiao, Yongmin Liu.** The risk of stanford type-A aortic dissection with different tear size and location: a numerical study. *Biomed Eng Online*. 2016 Dec 28;15(Suppl 2):128. doi: 10.1186/s12938-016-0258-v.
 - Tse KM, Lee HP, Pei H.** Investigation of hemodynamics in the development of dissecting aneurysm within patient-specific dissecting aneurysmal aortas using computational fluid dynamics (CFD) simulations. *J Biomech*. 2011; 44: 827–836. doi: 10.1016/ j.jbiomech.2010. 12.014.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ XỬ TRÍ SẢN KHOA Ở THAI PHỤ TIỀN SẢN GIẬT TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA SA ĐÉC NĂM 2023-2024

Chung Thị Mỹ Nhung^{1,2}, Trần Quang Hiền³, Lâm Đức Tâm¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tiền sản giật (TSG) vẫn là một tình trạng bệnh lý toàn thân rất phức tạp tiềm ẩn rất nhiều nguy cơ rủi ro, là nguyên nhân chính gây bệnh tật và tử vong đối với thai phụ và thai nhi. **Mục tiêu nghiên cứu:** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả xử trí sản khoa ở thai phụ tiền sản giật tại Bệnh viện Đa khoa Sa Đéc. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích, tiến cứu trên 100 thai phụ tiền sản giật điều trị tại khoa Sản- Bệnh viện Sa Đéc từ tháng 4/2023 đến tháng 2/2024. **Kết quả:** Có 100 sản phụ TSG với 66 sản phụ TSG nhẹ và 34 sản phụ TSG nặng. Trên 2 nhóm sản phụ này, các triệu chứng TSG khá đa dạng và có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở các đặc điểm: tuổi thai, phân độ cao huyết áp, chỉ số protein niệu và ure máu ($p < 0,05$). Hướng xử lý chủ yếu là điều trị nội khoa ban đầu và chấm dứt thai kỳ

trước 24 giờ (85,26%) với phương pháp sanh chủ yếu là mổ lấy thai (81,05%). **Kết luận:** TSG nặng tại Bệnh viện Đa khoa Sa Đéc chiếm đến 34%, tăng nguy cơ mổ lấy thai và sơ sinh nhẹ cân. **Từ khóa:** Tiền sản giật, hướng xử trí tiền sản giật, chấm dứt thai kỳ.

SUMMARY

CLINICAL FEATURES, PARA-CLINICAL CHARACTERISTICS AND RESULTS OF OBSTETRIC MANAGEMENT IN PREGNANT WOMEN WITH PREECLAMPSIA AT SA DEC GENERAL HOSPITAL IN 2023-2024

Background: Preeclampsia is still a very complex systemic medical condition with many potential risks, and is the main cause of illness and death for pregnant women and fetuses. **Objective:** Study the clinical and paraclinical characteristics and evaluate the results of obstetric management in preeclamptic pregnant women at Sa Dec General Hospital. **Materials and methods:** Cross-sectional descriptive study with analysis and prospective on 100 preeclamptic pregnant women treated at the Obstetrics Department - Sa Dec Hospital from April 2023 to February 2024. **Results:** There were 100 pregnant women with preeclampsia, 66 pregnant women with mild preeclampsia and 34 pregnant women with severe preeclampsia. In these two groups of pregnant

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh Viện Đa khoa Sa Đéc

³Sở Y tế An Giang

Chịu trách nhiệm chính: Lâm Đức Tâm

Email: ldtam@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 29.4.2024

Ngày duyệt bài: 22.5.2024

women, the symptoms of preeclampsia were quite diverse and had statistically significant differences in the following characteristics: gestational age, high blood pressure level, proteinuria index and blood urea ($p < 0.05$). The main treatment was initial medical treatment and termination of pregnancy before 24 hours (85.26%) with the main birth method being cesarean section (81.05%). **Conclusion:** Severe preeclampsia at Sa Dec General Hospital accounts for 34%, increasing the risk of cesarean section and low birth weight. **Keywords:** Preeclampsia, treatment of preeclampsia, termination of pregnancy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiền sản giật vẫn là một tình trạng bệnh lý toàn thân rất phức tạp tiềm ẩn nhiều nguy cơ rủi ro. Trên thế giới, TSG xảy ra ở cả những nước phát triển và đang phát triển. TSG và sản giật là bệnh rất thường gặp trong nhóm rối loạn tăng huyết áp thai kỳ và là bệnh gây nên những biến chứng rất nặng nề cho mẹ (nhau bong non, biến chứng thần kinh, viêm phổi hít, phù phổi cấp, ngưng tim ngưng thở, suy thận, nhiễm khuẩn niệu...) và thậm chí gây tử vong. Biến chứng cho con như thai chậm phát triển trong tử cung, tử vong chu sinh, sinh non, nhẹ cân. Ngoài ra TSG cũng góp phần làm tăng tỷ lệ bệnh và di chứng về thần kinh, vận động và trí tuệ cho trẻ sau này [1], [2]. Tại Bệnh viện Đa khoa Sa Đéc ghi nhận nhiều trường hợp TSG được chẩn đoán nhưng khi vào viện là diễn tiến thường nặng nhưng chưa có nghiên cứu nào đánh giá thực trạng bệnh lý này. Nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu: "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả xử trí sản khoa ở thai phụ tiền sản giật tại Bệnh viện Đa khoa Sa Đéc năm 2023-2024".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Đối tượng nghiên cứu:** Các thai phụ được chẩn đoán tiền sản giật nhập viện điều trị và sinh tại Khoa Sản - Bệnh viện Đa khoa Sa Đéc

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Thai phụ được chẩn đoán TSG theo hướng dẫn của Bộ Y tế (2021) [3] và ACOG (2019) [4]. Thai phụ đồng ý tham gia nghiên cứu trong thời gian từ 4/2023 đến 2/2024.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Thai phụ có bệnh nền nặng như giảm tiểu cầu miễn dịch, bệnh tim nặng, lupus ban đỏ, động kinh...

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích, tiến cứu.

- **Cỡ mẫu:** Theo công thức ước lượng một tỷ lệ trong quần thể nghiên cứu. Nghiên cứu của

chúng tôi ghi nhận 100 thai phụ thỏa các tiêu chuẩn.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Phương pháp chọn mẫu thuận tiện, các bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh nhân và tiêu chuẩn loại trừ vào nghiên cứu.

- **Phương tiện nghiên cứu:** Thu thập theo phiếu thu thập số liệu được thiết kế sẵn, cân sức khỏe có thước đo chiều cao, máy đo huyết áp, máy xét nghiệm đã được chuẩn hóa, máy siêu âm sản khoa, máy monitoring sản khoa.

- **Nội dung nghiên cứu**

+ Các thông tin chung của sản phụ: tuổi, nơi cư trú, nghề nghiệp, tiền thai, số thai lần này, tuổi thai (tuần), số lần mang thai, số lần sinh non, số lần nạo/ sảy thai.

+ Các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng TSG: đau đầu, đau thượng vị, rối loạn thị giác, khó thở, phù, phân độ cao huyết áp, các chỉ số (hồng cầu, hemoglobin, bạch cầu, tiểu cầu, protein niệu, ure, creatinin, axit uric, SGOT, SGPT).

+ Đặc điểm điều trị: hướng xử lý, phương pháp sanh, trọng lượng trẻ sơ sinh.

- **Phân tích và xử lý số liệu:** số liệu được thu thập và xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS. Sử dụng kiểm định Chi Square hoặc Fisher's Exact Test kiểm định sự khác biệt giữa 2 tỷ lệ và Independent Sample T Test kiểm tra sự khác biệt các giá trị trung bình (có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Một số đặc điểm dân số học

Đặc điểm chung	TSG nhẹ n (%)	TSG nặng n (%)	p	
Nhóm tuổi	< 40	6 (66,7%)	3 (33,3%)	1
	≥ 40	60 (65,9%)	31 (34,1%)	
	Trung bình	31,73±7,13	32,35±6,80	
Nơi cư trú	Thành thị	16 (66,7%)	8 (33,3%)	1
	Nông thôn	50 (65,8%)	26 (34,2%)	
Nghề nghiệp	Công chức	6 (75%)	2 (25%)	0,852
	Công nhân/nông dân	25 (67,6%)	12 (34,4%)	
	Khác	35 (66%)	20 (36,4%)	

Nhận xét: Nghiên cứu thực hiện trên 100 sản phụ gồm 66 sản phụ TSG nhẹ (66%) và 34 sản phụ TSG nặng (34%). Nhóm TSG nhẹ và TSG nặng có độ tuổi trung bình lần lượt là 31,73 và 32,35 (sự khác biệt không có ý nghĩa với $p = 0,674$). Chưa ghi nhận có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm TSG nhẹ và TSG nặng về nơi cư trú ($p = 1$) và nghề nghiệp ($p = 0,852$).

3.2. Đặc điểm tiền sản giật

- Một số đặc điểm thai ở sản phụ TSG

Bảng 2. Một số đặc điểm thai ở sản phụ TSG

Đặc điểm		TSG nhẹ n (%)	TSG nặng n (%)	p
Tiền thai	Con so	30 (65,2%)	16 (34,8%)	1
	Con rạ	36 (66,7%)	18 (33,3%)	
Số thai lần này	Đơn thai	65 (66,3%)	33 (33,7%)	1
	Song thai	1 (50%)	1 (50%)	
Tuổi thai (tuần)	< 28	0 (0%)	2 (100%)	0,045
	29 -36	10 (52,6%)	9 (47,4%)	
	≥ 37	56 (70,9%)	23 (29,1%)	
Số lần mang thai	không	30 (65,2%)	16 (34,8%)	0,417
	1	19 (76%)	6 (24%)	
	≥2	17 (58,6%)	12 (41,4%)	
Số lần sinh non	không	61 (65,6%)	32 (34,4%)	1
	1	5 (71,4%)	2 (28,6%)	
Số lần nạo/sảy thai	không	54 (69,2%)	24 (30,8%)	0,339
	1	10 (58,8%)	7 (41,2%)	
	≥2	2 (40%)	3 (60%)	

*Chi Square, **Fisher's Exact Test

Nhận xét: Trong 6 đặc điểm về thai ở sản phụ TSG, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tuổi thai (p= 0,045) giữa nhóm sản phụ TSG nhẹ và TSG nặng.

- Đặc điểm triệu chứng lâm sàng của thai phụ tiền sản giật

Bảng 3. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng của thai phụ tiền sản giật

Đặc điểm	TSG nhẹ n (%)	TSG nặng n (%)	p	
Đau	Có	0 (0%)	9 (100%)	0

Bảng 4. Đặc điểm cận lâm sàng của thai phụ tiền sản giật

Đặc điểm	TSG nhẹ TB±SD	TSG nặng TB±SD	Tổng TB±SD	p
Hồng cầu (T/l)	5,12 ± 7,013	4,42 ± 0,52	4,88 ± 5,7	0,560
Hemoglobin (g/l)	11,78 ± 1,493	12,39 ± 1,557	11,98 ± 1,535	0,059
Bạch cầu (G/l)	9,99 ± 2,077	10,51 ± 2,403	10,16 ± 2,196	0,261
Tiểu cầu (G/l)	259,74 ± 82,293	245,24 ± 71,274	254,81 ± 78,660	0,385
Protein niệu (g/l)	0,83 ± 0,863	1,27 ± 1,174	0,98 ± 0,996	0,038
Ure (mmol/l)	3,35 ± 1,101	4,15 ± 1,706	3,62 ± 1,382	0,006
Creatinine (μmol/l)	66,84 ± 11,839	70,13 ± 1,686	67,96 ± 12,171	0,202
Axit uric (μmol/l)	348,02 ± 96,727	376,24 ± 114,263	357,61 ± 103,322	0,197
SGOP (UI/l)	21,47 ± 10,399	29,76 ± 39,303	24,29 ± 24,526	0,109
SGPT (UI/l)	14,97 ± 8,167	19,62 ± 28,691	16,55 ± 17,974	0,222

Nhận xét: Trong các đặc điểm cận lâm sàng, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về đặc điểm protein niệu và ure trên 2 nhóm sản phụ TSG nhẹ và TSG nặng (p lần lượt là 0,038 và 0,006). Chỉ số protein niệu trung bình lần lượt giữa 2 nhóm sản phụ TSG nhẹ và TSG nặng là 0,83 và 1,27 (g/l). Chỉ số ure trung bình lần lượt giữa 2 nhóm sản phụ TSG nhẹ và TSG nặng là 3,35 và 4,15 (mmol/l).

đầu	Không	66 (72,5%)	25 (27,5%)	
Rối loạn thị giác	Có	1 (100%)	0 (0%)	1
	Không	65 (65,7%)	34 (34,3%)	
Khó thở	Có	0 (0%)	0 (0%)	
	Không	66 (66%)	34 (34%)	
Phù	Có	64 (66%)	33 (34%)	1
	Không	2 (66,7%)	1 (33,3%)	
Phân độ cao huyết áp	Không tăng	1 (100%)	0 (0%)	0
	Độ 1	59 (100%)	0 (0%)	
	Độ 2	6 (19,4%)	25 (80,6%)	
	Độ 3	0 (0%)	9 (100%)	
áp	HATT trung bình	144,85 ± 7,28	171,18 ± 16,47	<0,001
	HATTr trung bình	89,55 ± 6,42	106,18 ± 14,97	<0,001

Nhận xét: Triệu chứng đau đầu chỉ xuất hiện ở nhóm sản phụ TSG nặng; Chỉ có 1 sản phụ TSG nhẹ có triệu chứng rối loạn thị giác; Có 97 sản phụ có triệu chứng phù với 64 sản phụ TSG nhẹ (66%) và 33 sản phụ TSG nặng (34%). Chỉ số huyết áp tâm thu (HATT) và huyết áp tâm trương (HATTr) trung bình ở 2 nhóm TSG nhẹ và TSG nặng lần lượt là 144,85; 171,18 và 89,55; 106,18. Có 9 sản phụ TSG nặng có cao huyết áp độ 3 (100%). Sự khác biệt về HATT và HATTr giữa 2 nhóm TSG nhẹ và TSG nặng có ý nghĩa thống kê với p <0,001.

- Đặc điểm cận lâm sàng của thai phụ tiền sản giật

3.3. Đánh giá kết quả xử trí sản khoa ở thai phụ tiền sản giật

Bảng 5. Đánh giá kết quả xử trí sản khoa ở thai phụ tiền sản giật

Đặc điểm điều trị	TSG nhẹ n (%)	TSG nặng n (%)	p
Hướng xử lý (n=95)			
Điều trị nội khoa	13 (92,9)	1 (7,1)	0,022
Điều trị nội khoa ban	53 (65,4)	28 (34,6)	

đầu và chấm dứt thai kỳ trước 24 giờ			
Phương pháp sanh (n=95)			
Mổ lấy thai	53 (68,8)	24 (31,2)	1
Đẻ thường	13 (72,2)	5 (27,8)	
Trọng lượng trẻ sơ sinh (n=95)			
≤ 2000g	1 (25,0)	3 (75,0)	0,120
>2000g-2500g	8 (80,0)	2 (20,0)	
≥ 2500g	57 (70,4)	24 (29,6)	

Nhận xét: Có 2 hướng xử lý TSG được áp dụng là điều trị nội khoa (14 sản phụ với 92,9% sản phụ TSG nhẹ) và điều trị nội khoa ban đầu và chấm dứt thai kỳ trước 24 giờ (81 sản phụ với 34,6% sản phụ TSG nặng). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về hướng xử trí với $p = 0,022$ giữa 2 nhóm sản phụ.

Phương pháp sanh bao gồm mổ lấy thai (81 sản phụ) và đẻ thường (18 sản phụ); trọng lượng trẻ sơ sinh: ghi nhận có 81 trẻ sơ sinh $\geq 2500g$ và không có sự khác biệt về phương pháp sanh và trọng lượng trẻ sơ sinh ở 2 nhóm sản phụ TSG.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng tiền sản giật. Bệnh lý TSG là tình trạng rối loạn chức năng nhiều cơ quan do thai nghén hoặc ảnh hưởng của một thai nghén gây nên. Bệnh lý đặc trưng bởi xuất hiện triệu chứng tăng huyết áp và protein niệu hoặc các triệu chứng lâm sàng liên quan đến tổn thương nhiều cơ quan do ảnh hưởng của bệnh [5]. Hậu quả bệnh có thể nặng nề trên cả mẹ và bé, vì vậy, công tác chăm sóc y tế trong thai kỳ cần quan tâm hơn nữa nhằm phát hiện sớm và điều trị kịp thời. Nghiên cứu trên 100 sản phụ TSG bao gồm 66 sản phụ TSG nhẹ và 34 sản phụ TSG nặng. Chúng tôi ghi nhận không có sự khác biệt về một số đặc điểm dân số học như nhóm tuổi, nơi cư trú và nghề nghiệp giữa 2 nhóm sản phụ TSG nhẹ và TSG nặng. Độ tuổi trung bình giữa 2 nhóm gần như tương đồng lần lượt là 31,73 và 32,35.

Nghiên cứu này cũng ghi nhận có sự khác biệt có ý nghĩa về tuổi thai (tuần) giữa 2 nhóm TSG nhẹ và TSG nặng. Có 79/100 sản phụ TSG nhẹ và TSG nặng có tuổi thai ≥ 37 tuần với tỷ lệ lần lượt 70,9% và 29,1%. Như vậy, trên nghiên cứu của chúng tôi, đa số các trường hợp TSG đều trên tuổi thai trưởng thành, điều này có thể làm khác biệt về các đặc điểm về lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả xử trí sản khoa ở nghiên cứu này so với các nghiên cứu khác. Bên cạnh đó, chúng tôi không ghi nhận sự khác biệt về tiền thai, số thai lần này, số lần mang thai, số

lần sinh non và số lần nạo/ sảy thai với $p > 0,05$.

Bên cạnh đó, trong nghiên cứu này, chúng tôi không ghi nhận trường hợp có triệu chứng đau thượng vị và khó thở ở 100 sản phụ TSG. Chỉ có 9 sản phụ TSG có triệu chứng đau đầu (100% TSG nặng) và 1 sản phụ TSG có rối loạn thị giác (100% TSG nhẹ), điều này được giải thích vì nghiên cứu của chúng tôi các đối tượng TSG nhẹ chiếm tỷ lệ cao hơn (66%) và tuổi thai đa số ≥ 37 tuần (79%). Triệu chứng phù xuất hiện ở 97 sản phụ TSG với 66% TSG nhẹ và 34% TSG nặng, tuy nhiên chúng tôi không ghi nhận sự khác biệt về triệu chứng phù ở nhóm sản phụ TSG nhẹ và TSG nặng ($p=1$). Cao huyết áp là tiêu chuẩn chẩn đoán cần thiết cho hội chứng TSG, có 99% sản phụ TSG có cao huyết áp ở các phân độ khác nhau. Giá trị HATT và HATT_r trung bình lần lượt giữa nhóm TSG nhẹ và TSG nặng lần lượt là 144,85; 171,18 và 89,55; 106,16. Có sự khác biệt về chỉ số huyết áp giữa 2 nhóm với $p < 0,001$. Phân độ cao huyết áp ở sản phụ TSG tập trung chủ yếu ở độ 1 (59%) và độ 2 (31%); chỉ có 9 sản phụ TSG nặng có cao huyết áp độ 3. Sự khác biệt trong phân bố phân độ cao huyết áp trong nghiên cứu của chúng tôi vì đối tượng chúng tôi nghiên cứu chủ yếu ở sản phụ TSG nhẹ.

Các chỉ số sinh hóa trung bình như hồng cầu ($4,88 \pm 5,7$ T/l), hemoglobin ($11,98 \pm 1,535$ g/l), tiểu cầu ($254,81 \pm 78,660$ G/l) đều cao và chỉ số đánh giá chức năng gan SGOT ($24,29 \pm 24,526$ U/l), SGPT ($16,55 \pm 17,974$ U/l) và protein niệu ($0,98 \pm 0,996$ g/l) đều thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Bành Dương Yển Nhi [6]. Lý giải điều này, chúng tôi cho rằng do sự khác biệt về mục tiêu và đối tượng nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi bao gồm cả 2 nhóm đối tượng TSG nhẹ và TSG nặng, nhóm TSG nhẹ chiếm ưu thế hơn. Ngược lại, trong nghiên cứu của tác giả Bành Dương Yển Nhi, tác giả thực hiện nghiên cứu về hội chứng HELLP, đối tượng nghiên cứu là các sản phụ TSG nặng. Nồng độ ure máu, protein niệu ở nhóm TSG nặng lần lượt là $4,15 \pm 1,706$ mmol/l; $1,27 \pm 1,174$ g/l cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm TSG nhẹ $3,35 \pm 1,101$ mmol/l; $0,83 \pm 0,863$ g/l với $p < 0,05$.

4.2. Đánh giá kết quả xử trí sản khoa ở thai phụ tiền sản giật. Tiến hành theo dõi xử trí trên 95 sản phụ bao gồm 66 sản phụ TSG nhẹ và 29 sản phụ TSG nặng. Có 14 sản phụ TSG được tiến hành điều trị nội khoa (92,9% TSG nhẹ và 7,1% TSG nặng) và 71 sản phụ TSG được điều trị nội khoa ban đầu và chấm dứt thai kỳ trước 24 giờ (65,4% TSG nhẹ và 34,6% TSG

nặng). Như vậy, đa số các sản phụ TSG đều được chấm dứt thai kỳ trước 24 giờ, kết quả tương đồng với tác giả Tamalew (trên 50% phải can thiệp ngay để chấm dứt thai kỳ) [7] và sự khác biệt về hướng xử lý có ý nghĩa thống kê với $p=0,022$. Hầu hết các sản phụ TSG đều được chỉ định phương pháp sanh là mổ lấy thai (77 sản phụ). Cụ thể, ở nhóm sản phụ mổ lấy thai có 68,8% TSG nhẹ và 34,6% TSG nặng. Kết quả của chúng tôi tương đồng với tác giả (87,2% mổ lấy thai) [8]. Như vậy, khi thai phụ bị tiền sản giật nguy cơ mổ lấy thai gia tăng lên rất nhiều, đồng thời góp phần làm gia tăng nguy cơ cao cho thai kỳ kế tiếp.

Trọng lượng trẻ sơ sinh trong nghiên cứu chúng chia làm 3 nhóm bao gồm $\leq 2000g$, $>2000g-2500g$ và $\geq 2500g$. Có 81 bé có trọng lượng $\geq 2500g$ với phân bố ở nhóm TSG nhẹ là 70,4% và 29,6% TSG nặng. Ở nhóm trẻ $\leq 2000g$, chủ yếu ở nhóm TSG nặng (75%), như vậy, kết cục xấu cho trẻ ở nhóm TSG nặng là nặng hơn với trẻ sơ sinh nhẹ cân. Kết quả của nghiên cứu chúng tôi phù hợp với tuổi thai (tuần) trong nghiên cứu, thể hiện sự phù hợp sự phát triển của thai về trọng lượng trẻ sơ sinh sau sanh. Tuy nhiên, có nhiều trường hợp có cân nặng dưới 2500 gram, đây là tình trạng trẻ sơ sinh nhẹ cân, cần phải theo dõi cẩn thận trong quá trình chăm sóc trẻ về sự phát triển thể chất và tinh thần.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 100 sản phụ TSG với 66 sản phụ TSG nhẹ và 34 sản phụ TSG nặng, chúng tôi ghi nhận có sự khác biệt về tuổi thai (tuần), phân độ cao huyết áp và các chỉ số về protein niệu và ure máu có ý nghĩa thống kê giữa 2

nhóm TSG nhẹ và TSG nặng ($p < 0,05$). Có 95 sản phụ được theo dõi xử lý. Hướng xử lý chủ yếu là điều trị nội khoa ban đầu và chấm dứt thai kỳ trước 24 giờ (85,26%) với phương pháp sanh chủ yếu là mổ lấy thai (81,05%). Trọng lượng trẻ sơ sinh tập trung nhiều ở nhóm $\geq 2500g$ với tỷ lệ 85,26%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mayrink, J., et al.** (2019), "Incidence and risk factors for Preeclampsia in a cohort of healthy nulliparous pregnant women: a nested case-control study", *Sci Rep*, 9(1), p. 9517.
2. **Yang, Y., et al.** (2021), "Preeclampsia Prevalence, Risk Factors, and Pregnancy Outcomes in Sweden and China", *JAMA Netw Open*, 4(5), p. e218401.
3. **Bộ Y tế** (2021), Quyết định số 1911/QĐ-BYT về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn sàng lọc và điều trị dự phòng tiền sản giật", Bộ Y tế, Hà Nội.
4. **ACOG, Practice Bulletin** (2019), "ACOG Practice Bulletin No. 202: Gestational Hypertension and Preeclampsia", *Obstet Gynecol*, 133(1), pp. 1-25.
5. **Cunningham, G.** (2018), *Hypertensive Disorders*, Williams Obstetrics 25th, McGraw Hill Education, pp. 1566-1666.
6. **Bành Dương Yến Nhi, Đàm Văn Cường, Ngũ Quốc Vĩ, Chung Cẩm Ngọc** (2021), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bước đầu hội chứng HELLP ở thai phụ tiền sản giật tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2020 - 2021". *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*, Số 51, tr:148-155.
7. **Alemie, T.** (2021), "Clinical features and outcomes of patients with preeclampsia and eclampsia admitted at Gondar university hospital, North Ethiopia 2021", *Addis Ababa university*, Ethiopia.
8. **Phạm Văn Tư, Nguyễn Quốc Tuấn, Phùng Thị Lý** (2021) "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả thai kỳ ở thai phụ tiền sản giật-sản giật tại Bệnh viện đa khoa Hà Đông." *Tạp chí Phụ sản*; 19 (1), tr:30-37.

HẠ KALI MÁU VÀ CÁC KẾT CỤC NỘI VIỆN TRÊN BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP: NGHIÊN CỨU CẮT NGANG TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẨY

Trương Phi Hùng^{1,2}

TÓM TẮT

Mở đầu: Tử vong do nhồi máu cơ tim (NMCT) trong những giờ đầu tiên đến tử rối loạn nhịp, đặc biệt

¹Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Trương Phi Hùng

Email: truongphihung2007@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 12.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.4.2024

Ngày duyệt bài: 21.5.2024

là rối loạn nhịp thất. Hạ kali máu được ghi nhận là một yếu tố làm tăng các biến chứng rối loạn nhịp và tử vong trên bệnh nhân NMCT. Tại Việt Nam, dữ liệu về mối liên quan giữa hạ kali máu với các kết cục nội viện trên bệnh nhân NMCT cấp còn hạn chế. **Mục tiêu:** Nghiên cứu được tiến hành nhằm xác định mối liên quan giữa hạ kali máu và các kết cục nội viện trên bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp. **Đối tượng:** Những bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp nhập viện tại khoa Tim Mạch Can Thiệp, bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 05/2023 đến tháng 09/2023. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả. **Kết quả:** Nghiên cứu