

3. **Tiến HD, Phương NN, Hiền PTT, Chi BLK, Mai VTN, Yên PH.** Tình hình phá thai ở trẻ vị thành niên tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2022. TC YHDP. 2023;33(4 Phụ bản):53-58. doi:10.51403/0868-2836/2023/1226
4. **ACOG Practice Bulletin No. 135:** Second-trimester abortion. Obstet Gynecol. 2013;121(6):1394-1406. doi:10.1097/01.AOG.0000431056.79334.cc
5. **Quyết định 4128/QĐ-BYT 2016 Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản.** Accessed May 20, 2025. <https://thuvienphapluat.vn/van-ban/The-thao-Y-te/Quyết-dinh-4128-QĐ-BYT-2016-Huong-dan-quoc-gia-ve-cac-dich-vu-cham-soc-suc-khoe-sinh-san-357665.aspx>
6. **Abortion care guideline.** Accessed May 20, 2025. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>
7. **Tang OS, Chan CCW, Ng EHY, Lee SWH, Ho PC.** A prospective, randomized, placebo-controlled trial on the use of mifepristone with sublingual or vaginal misoprostol for medical abortions of less than 9 weeks gestation. Hum Reprod. 2003;18(11): 2315-2318. doi:10.1093/humrep/deg475
8. **Schaff EA, Fielding SL, Westhoff C, et al.** Vaginal misoprostol administered 1, 2, or 3 days after mifepristone for early medical abortion: A randomized trial. JAMA. 2000;284(15):1948-1953. doi:10.1001/jama.284.15.1948

NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA SẢN PHỤ TIỀN SẢN GIẬT MỔ LẤY THAI TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Mai Trọng Hưng¹, Trương Minh Phương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của những sản phụ tiền sản giật được chỉ định mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả, lựa chọn tất cả các thai phụ tiền sản giật có tuổi thai từ tuần thứ 20 trở đi, có chỉ định đình chỉ thai nghén. **Kết quả:** 97,5% sản phụ tiền sản giật (TSG) có biểu hiện tăng huyết áp, 40,7% có biểu hiện phù trên lâm sàng. Protein niệu xuất hiện ở 91,4% các sản phụ TSG, trong đó protein niệu $\geq 3g/l$ chiếm 69,1%. Sản phụ TSG nhẹ hầu như không có thay đổi về chỉ số xét nghiệm sinh hóa, huyết học. TSG nặng thường gặp triệu chứng thần kinh (đau đầu) hơn triệu chứng thị giác (nhìn mờ) (32,1% so với 1%). Hầu hết sản phụ TSG nặng có giảm tiểu cầu, tăng men gan. **Kết luận:** Hầu hết các sản phụ TSG có biểu hiện tăng huyết áp và protein niệu, TSG nặng đa số xuất hiện tăng men gan và giảm tiểu cầu.

Từ khóa: tiền sản giật, triệu chứng, mổ lấy thai

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF PREECLAMPTIC PREGNANCY UNDERGOING C – SECTION AT HANOI OBSTETRICS & GYNECOLOGY HOSPITAL

Objective: Description of clinical and paraclinical symptoms in pregnant women with preeclampsia undergoing cesarean section at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital. **Methods:** A descriptive study, selecting all pregnant women with preeclampsia at

gestational age from 20 weeks onward, with indications for pregnancy termination. **Results:** 97,5% of patients with preeclampsia presented with hypertension, while 40,7% exhibited clinical edema. Proteinuria was present in 91,4% of preeclampsia patients, with protein levels $\geq 3 g/L$ accounting for 69,1% of cases. Patients with mild preeclampsia showed virtually no changes in laboratory parameters. Severe preeclampsia more commonly presents with neurological symptoms (headache) than visual symptoms (blurred vision) (32,1% vs 11,1%). The majority of patients with severe preeclampsia demonstrated thrombocytopenia and elevated liver enzymes. **Conclusion:** Most preeclamptic pregnancy present with hypertension and proteinuria, while severe preeclampsia predominantly manifests with elevated liver enzymes and thrombocytopenia.

Keywords: preeclampsia, symptoms, C-section

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiền sản giật (TSG) là tình trạng bệnh lý do thai nghén gây ra ở nửa sau của thai kỳ, gồm 3 triệu chứng chính: phù, tăng huyết áp và protein niệu. Tiền sản giật gây ra nhiều biến chứng nặng nề không những cho mẹ như sản giật, rau bong non, suy gan, suy thận, thậm chí tử vong; mà còn cho con như: suy thai, thai chậm phát triển trong tử cung, thai chết lưu, đẻ non, trẻ chậm phát triển cả thể chất lẫn tinh thần, tăng gánh nặng cho xã hội sau này.

Tỷ lệ mắc tiền sản giật, cũng như các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng có sự khác nhau giữa từng khu vực trên thế giới. Theo nghiên cứu của tác giả Chappell L.C đã ước tính tỷ lệ mắc bệnh vào khoảng 4%, nhưng theo tác giả Dusse L.M thì tỷ lệ này ở các nước phát triển dao động từ 0,4 – 2,8% và 1,3 – 6,7% ở các nước đang phát triển. Tiền sản giật trong thời kỳ thai

¹Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Mai Trọng Hưng

Email: dr.hungpshn1@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.8.2025

Ngày duyệt bài: 12.9.2025

ngén có nhiều hình thái khác nhau, vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: "Nhân xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của sản phụ tiền sản giật được chỉ định mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ tháng 1/2017 đến tháng 5/2018".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Thai phụ tiền sản giật có chỉ định đình chỉ thai nghén tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ 01/01/2017 – 31/5/2018

Tuổi thai từ 20 tuần tính theo kỳ kinh cuối

Tiêu chuẩn loại trừ: Từ chối tham gia, hoặc mắc bệnh lý tâm thần

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả, hồi cứu.

- Địa điểm: Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

- Thời gian nghiên cứu: Từ 01/01/2017 đến 31/5/2018

- Theo dõi và ghi lại các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của các thai phụ tiền sản giật nhập viện và điều trị nội trú.

- Xử lý và phân tích số liệu: Phần mềm SPSS 25.0

- **Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu được Hội đồng khoa học Bệnh viện Phụ sản Hà Nội thông qua, giải thích về quy trình, mục đích của nghiên cứu và các thông tin về bệnh nhân chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

3.1.1. Tiền sử sinh đẻ

Bảng 3.1. Tiền sử sinh đẻ theo mức độ tiền sản giật

Số lần sinh	TSG nhẹ		TSG nặng		Tổng số		p
	n	%	n	%	n	%	
Con so	9	45	27	44,3	36	44,4	0,16
Con rạ	11	55	34	55,7	46	55,6	
Tổng số	20	100	61	100	81	100	

Nhận xét: Không có sự khác biệt giữa mức

Bảng 3.5. Phân loại mức độ phù và protein niệu

Triệu chứng		TSG nhẹ		TSG nặng		Tổng số		p
		n	%	n	%	n	%	
Phù	Có	8	9,9	25	30,8	33	40,7	0,12
	Không	12	14,8	36	44,5	48	59,3	
Protein niệu	Âm tính	1	1,2	6	7,4	7	8,6	0,01
	< 3 g/l	11	13,6	10	12,3	21	25,9	
	≥ 3 g/l	8	9,9	45	55,6	53	65,5	

Nhận xét:

- Không có sự khác biệt về triệu chứng phù với mức độ tiền sản giật

- Đa số sản phụ tiền sản giật có tăng protein niệu, trong đó 69,1% có protein niệu ≥ 3 g/l.

3.2.3. Các dấu hiệu thần kinh và thị giác

Bảng 3.6. Các dấu hiệu thần kinh và thị giác

Triệu chứng	TSG nhẹ	TSG nặng	Tổng số	p
-------------	---------	----------	---------	---

độ TSG với tiền sử sinh con của đối tượng nghiên cứu với $p > 0,05$

3.1.2. Tiền sử bệnh lý sản khoa

Bảng 3.2. Tiền sử sản khoa của đối tượng nghiên cứu

Tiền sử sản khoa	n	%
Tiền sản giật	7	8,6
Sảy thai liên tiếp	5	6,2
Thai lưu	2	2,5
Bệnh khác	10	12,3
Khỏe mạnh	57	70,4

Nhận xét: Đa số các sản phụ đều có tiền sử sản khoa bình thường, có 8,6% sản phụ đã mắc TSG trong những lần mang thai trước.

3.1.3. Tiền sử nội khoa

Bảng 3.3. Tiền sử nội khoa của đối tượng nghiên cứu

Tiền sử nội khoa	n	%
Khỏe mạnh	64	79
Tăng huyết áp	5	6,2
Bệnh nội tiết	3	3,7
Bệnh khác	9	11,1

Nhận xét: Phần lớn các sản phụ tiền sản giật trong thời gian nghiên cứu đều khỏe mạnh, không mắc các bệnh lý nội khoa trước đây

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của sản phụ TSG

3.2.1. Phân loại mức độ tăng huyết áp

Bảng 3.4. Phân loại mức độ tăng huyết áp (THA)

Mức độ THA	n	%
Không THA	2	2,5
THA độ 1	43	53,1
THA độ 2	27	33,3
THA độ 3	9	11,1

Nhận xét: Phần lớn các sản phụ bị tăng huyết áp độ 1 chiếm 53,1% và chỉ có 2 sản phụ không bị tăng huyết áp chiếm 2,5%.

3.2.2. Phân loại mức độ phù và protein niệu

		n	%	n	%	n	%	
Dấu hiệu thần kinh	Có	7	8,6	26	32,1	33	40,7	0,09
	Không	13	16,1	35	43,2	48	59,3	
Dấu hiệu thị giác	Có	5	6,2	9	11,1	14	17,3	0,12
	Không	15	18,5	52	64,2	67	82,7	

Nhận xét: Phần lớn các sản phụ tiền sản giật chưa có các dấu hiệu thần kinh và thị giác trên lâm sàng.

3.2.4. Các triệu chứng cận lâm sàng

Bảng 3.7. Các triệu chứng cận lâm sàng theo mức độ TSG

Triệu chứng		TSG nhẹ		TSG nặng		Tổng số		p
		n	%	n	%	n	%	
Ure	Bình thường	19	23,5	57	70,3	76	93,8	0,06
	≥ 8,3 mmol/l	1	1,2	4	4,9	5	6,2	
Tiểu cầu	< 100	0	0	0	0	0	0	0,13
	100–150	5	6,2	7	8,6	12	14,8	
	> 150	15	18,5	54	66,7	69	85,2	
SGOT	< 37	16	19,8	51	62,9	67	82,7	0,08
	≥ 37	4	4,9	10	12,4	14	17,3	
SGPT	< 41	15	18,5	52	64,2	67	82,7	0,07
	≥ 41	5	6,2	9	11,1	14	17,3	
Bilirubin	< 3,4	19	23,5	59	72,8	78	96,3	0,09
	≥ 3,4	1	1,2	2	2,5	3	3,7	

Nhận xét: Phần lớn các sản phụ có các chỉ số cận lâm sàng trong giới hạn cho phép

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung. Kết quả nghiên cứu cho thấy có đến 79,0% trường hợp sản phụ tiền sản giật chưa từng mổ lấy thai trước đây trong đó nhóm TSG nặng chiếm 82,0%; nhóm TSG nhẹ chiếm 70,0%; còn lại 21,0% sản phụ đã từng mổ lấy thai trong đó 18,4% đã mổ lấy thai 1 lần và đã mổ lấy thai trên 2 lần chỉ chiếm 6,2%. Tổng số các thai phụ TSG phải đình chỉ thai nghén, tỷ lệ con so chiếm 44,4%, con rạ chiếm 55,6%. Kết quả này tương tự các tác giả trong và ngoài nước, theo Nguyễn Công Nghĩa con so 49,2%, con rạ 50,8%, Ngô Văn Tài và Phan Trường Duyệt tỷ lệ con so chiếm 48,44%, con rạ: 51,56%⁴. Đa số các tác giả thấy tỷ lệ TSG ở người đẻ con rạ cao hơn người đẻ con so nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

Các sản phụ trong nghiên cứu phần lớn đều không có tiền sử nội khoa chiếm 79,0%. Sản phụ mắc các bệnh lý nội khoa chỉ chiếm 21% trong đó có 6,2% có tiền sử tăng huyết áp, chỉ có 3,7% sản phụ có tiền sử mắc bệnh lý nội tiết và 11,1% sản phụ mắc các bệnh lý nội khoa khác. Giữa 2 nhóm con so và con rạ không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tiền sử nội khoa ($p > 0,05$). Theo Hoàng Thu Hà có 5,7% thai phụ có tiền sử mắc bệnh nội khoa trong đó con so là 1,4%, con rạ 4,3%; tuy nhiên khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 29,6% thai phụ có tiền sử mắc

các bệnh lý sản khoa, kết quả này tương đồng với kết quả của tác giả Lê Thị Mai¹ (có 20,3% thai phụ có tiền sử mắc các bệnh sản khoa trong đó có 3,7% con so và 16,6% con rạ). Sự khác biệt giữa 2 nhóm này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Theo Lê Thị Mai¹ những thai phụ có tiền sử thai lưu, có nguy cơ bị TSG gấp 4,3 lần nhóm thai phụ không có tiền sử thai lưu, thai phụ có tiền sử TSG/SG có nguy cơ TSG là hơn 12 lần với nhóm thai phụ không có tiền sử TSG/SG với OR là 12,5. Điều này cho thấy khi sản phụ có tiền sử nội khoa và sản khoa là một yếu tố làm tăng tỷ lệ mắc bệnh.

4.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của sản phụ TSG. Tăng HA là dấu hiệu chính xuất hiện đầu tiên trong TSG, dựa vào đây phân loại TSG, bên cạnh đó THA là yếu tố quan trọng để tiên lượng TSG. Đa số các tác giả đều thấy rằng huyết áp tâm thu (HATT) ≥ 160mmHg, huyết áp tâm trương (HATTr) ≥ 90 mmHg được coi là nguy hiểm và gây ra các biến chứng cho mẹ và thai nhi. Tuy nhiên HATT bắt đầu ở mức ≥ 180 mmHg mới được coi là nguy hiểm, mới gây ra các biểu hiện lâm sàng TSG và gây tử vong chu sinh tới 30% ở lứa tuổi thai 28 - 32 tuần². Trong nghiên cứu của chúng tôi có 53,1% sản phụ THA độ 1, 33,3% sản phụ THA độ 2, 11,1% sản phụ THA độ 3 và chỉ có 2 sản phụ không bị tăng huyết áp (chiếm 2,5%). Và tăng huyết áp độ 3 chủ yếu gặp ở nhóm đối tượng TSG nặng có biến chứng cho thai như chậm phát triển, suy thai, hoặc biến chứng mẹ như sản giật, hội chứng HELLP.

Phù là hiện tượng do mất protein làm giảm áp lực keo trong máu, phù là một trong 3 triệu chứng chính của TSG. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 40,7% bệnh nhân vào viện có triệu chứng phù. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Lê Thị Mai (2004) với tỷ lệ phù là 70%. Theo nghiên cứu của tác giả Bùi Thị Mi Hòa (2009) tỷ lệ phù là 85,7%. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Trần Thị Phúc (1998) có tới 73% số sản phụ bị TSG có phù, theo Cambell (1983) thì có sự tương quan giữa tổng hợp nước trong cơ thể có tính thấm thành mạch trong TSG. Theo báo cáo của Lê Thanh Minh và Trần Quốc Anh (1997) thì lượng nước bị giữ lại trong cơ thể càng nhiều thì tính thấm của thành mạch máu càng cao và đây là nguyên nhân phù và dẫn đến phù phổi cấp.

Protein niệu: Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 69,1% protein niệu > 3g/l, 22,2% có protein niệu < 3 g/l. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Trần Thị Hiền năm 2008 có 60,8% sản phụ bị TSG có protein niệu < 3 g/l và 28,9% sản phụ TSG có protein niệu > 3 g/l, năm 2013 có 53,0% sản phụ có protein niệu 3 g/l và 42,3% sản phụ có protein niệu > 3 g/l. Còn theo nghiên cứu của Uzan (1995) thì protein niệu ở mức 1 g/24h có biểu hiện tổn thương ở mạch thận cao gấp 3-5 lần so với những sản phụ có thai nghén bình thường và có tỷ lệ đẻ non là 12%.

Các sản phụ có các triệu chứng lâm sàng khác như: dấu hiệu thần kinh (đau đầu 40,7%), rối loạn thị giác - nhìn mờ (17,3%), trước khi vào viện. Dấu hiệu đau đầu chiếm tỷ lệ cao so với các triệu chứng khác. Kết quả này cao hơn so với kết quả của tác giả Bùi Thị Kim Anh (2016) với tỷ lệ sản phụ đau đầu (18,2%), rối loạn thị giác - nhìn mờ (55 16,9%), đau hạ sườn phải (1,5%), buồn nôn và nôn (2,5%), thiếu niệu (1,5%), khó thở (0,9%) trước khi vào viện. Sự xuất hiện các triệu chứng như đau đầu, nhìn mờ là biểu hiện của một tình trạng bệnh lý nặng nề cho cả mẹ và thai nhi và đau đầu có thể coi như một dấu hiệu báo trước cơn sản giật³. Trong nghiên cứu của Lê Thị Dũng (2002) đau đầu trên bệnh nhân sản giật chiếm 100%. Nghiên cứu của Trần Thị Thu Hường (2011) chiếm 82,7%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 6,2% trường hợp tăng ure máu, đa số ở các bệnh nhân TSG nặng. Kết quả này cao hơn so với kết quả của tác giả Bùi Thị Kim Anh (2016) với 1,16%

trường hợp tăng ure máu và chỉ gặp ở các bệnh nhân TSG nặng. Theo Ngô Văn Tài⁴ thai phụ có ure máu > 6,6 mmol/l có biểu hiện suy thận cao gấp 5,47 lần những thai phụ có ure ≤ 6,6 mmol/l. Và nếu một thai phụ bị TSG có ure > 6,6 mmol/l kết hợp với creatinin >106 mcmol/l thì biểu hiện suy thận được dự báo là 52,6%

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 17,3% sản phụ có tăng men gan GOT > 37, có 17,3% sản phụ tăng GPT > 41. Theo Ngô Văn Tài⁴ thai phụ TSG có lượng transaminase > 70 UI/l có biểu hiện suy gan cao gấp 34,71 lần những thai phụ transaminase < 70 UI/l. Lượng SGOT và SGPT tăng cao từ 70 UI/l trở lên kèm theo các triệu chứng giảm số lượng tiểu cầu và tan máu (với lượng bilirubin toàn phần > 1,2 mg/dl) tạo thành bệnh cảnh điển hình của hội chứng HELLP, trong đó có suy giảm chức năng gan với các biểu hiện tăng các enzyme của gan (SGOT, SGPT). Bệnh có tiên lượng xấu cần đình chỉ thai nghén để cứu mẹ và cứu con. Vì vậy, khi định lượng SGOT và SGPT ≥ 70 UI/l dù ở mức THA nào cũng nên xem xét đến chỉ định đình chỉ thai nghén.

V. KẾT LUẬN

97,5% sản phụ tiền sản giật (TSG) có biểu hiện tăng huyết áp, 40,7% có biểu hiện phù trên lâm sàng. Protein niệu xuất hiện ở 91,4% các sản phụ TSG, trong đó protein niệu ≥ 3g/l chiếm 69,1%. Sản phụ TSG nhẹ hầu như không có thay đổi về chỉ số xét nghiệm sinh hóa, huyết học. TSG nặng thường gặp triệu chứng thần kinh (đau đầu) hơn triệu chứng thị giác (nhìn mờ) (32,1% so với 1%). Hầu hết sản phụ TSG nặng có giảm tiểu cầu, tăng men gan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Thị Mai.** Nghiên Cứu Tình Hình Sản Phụ Bị Nhiễm Độc Thai Nghén Đẻ Tại Bệnh Viện Phụ Sản Trung Ương Năm 2003. Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội; 2004.
2. **Say L Villar J.** Methodological and technical issues related to the diagnosis, screening, prevention, and treatment of preeclampsia and eclampsia. Int JGyn Obs. 85 Suppl(1):28-41.
3. **Balderas-Peña LMA, Canales-Muñoz JL, Angulo-Vázquez J, Anaya-Prado R, González Ojeda A.** [The HELPP syndrome--evidence of a possible systemic inflammatory response in preeclampsia?]. Ginecol Obstet Mex. 2002;70:328-337.
4. **Ngô Văn Tài.** Nghiên Cứu Một Số Yếu Tố Tiên Lượng Trong Nhiễm Độc Thai Nghén. Luận án Tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội; 2001.