

- (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: a cancer journal for clinicians, 68(6). 394-424.
2. Reid B.M., Permuth J.B., Sellers T.A. (2017). Epidemiology of ovarian cancer: a review. Cancer biology & medicine, 14(1). 9.
 3. Feig B.W., Berger D.H., Fuhrman G.M. (2006). The MD Anderson surgical oncology handbook, Lippincott Williams & Wilkins,
 4. Allemani C., Weir H.K., Carreira H., et al. (2015). Global surveillance of cancer survival 1995–2009: analysis of individual data for 25 676 887 patients from 279 population-based registries in 67 countries (CONCORD-2). The Lancet, 385(9972). 977-1010.
 5. Weber S., McCann C.K., Boruta D.M., et al. (2011). Laparoscopic surgical staging of early ovarian cancer. Reviews in Obstetrics and Gynecology, 4(3-4). 117.
 6. Falchetta F.S., Lawrie T.A., Medeiros L.R., et al. (2016). Laparoscopy versus laparotomy for FIGO stage I ovarian cancer. Cochrane Database of Systematic Reviews, (10).
 7. Cho JE, Liu C, Gossner G, et al (2009). Laparoscopy and gynecologic oncology. Clin Obstet Gynecol.;52:313–326
 8. Nguyễn Trọng Diệp (2012), Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ung thư buồng trứng giai đoạn sớm bằng phẫu thuật kết hợp hóa chất tại bệnh viện K, Luận văn bác sĩ nội trú. Trường Đại học Y Hà Nội.

ĐÁNH GIÁ HÌNH THÁI VÀ CHỨC NĂNG TIM THAI Ở SẢN PHỤ TIỀN SẢN GIẬT TẠI KHOA PHỤ SẢN VÀ VIỆN TIM MẠCH BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Phương Thảo¹, Phạm Thị Hồng Thi²,
Phạm Bá Nha³, Nguyễn Thị Duyên¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá được sự thay đổi hình thái chức năng tim thai ở sản phụ tiền sản giật. **Đối tượng và phương pháp:** Nhóm bệnh: 20 sản phụ tiền sản giật ≥ 18 tuổi có thai từ 28 tuần trở lên, thai tự nhiên, không mắc các bệnh cấp và mạn tính. **Nhóm chứng:** 20 sản phụ khỏe mạnh có tuổi mẹ và tuổi thai tương đương, thai tự nhiên, không mắc các bệnh cấp và mạn tính; Cả hai nhóm đều thực hiện xét nghiệm sàng lọc cơ bản trước sinh bình thường, đến khám và điều trị tại Khoa Phụ Sản và Viện Tim mạch Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ 08/2019 đến 8/2020. Thực hiện siêu âm tim thai và thu thập thông tin tử hồ sơ bệnh án tại bệnh viện theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất. **Kết quả và kết luận:** Chỉ số tim ngực và bề dày các thành tim của thai nhi ở nhóm sản phụ TSG lớn hơn so với nhóm chứng ($p < 0,001$). Chức năng tâm thu của thai nhi ở sản phụ TSG giảm hơn so với của thai nhi ở mẹ bình thường, biểu hiện ở sự giảm chức năng tim toàn bộ - tăng chỉ số Tei thất phải ($0,39 \pm 0,02$ ở sản phụ TSG, $0,36 \pm 0,05$ ở sản phụ thường, $p = 0,022$) và tăng chỉ số Tei thất trái ($0,42 \pm 0,02$ ở sản phụ TSG và $0,40 \pm 0,04$ ở sản phụ thường, $p = 0,025$), trong khi phân suất cơ rút cơ thất trái không thay đổi ($32,84 \pm 2,09$ ở sản phụ TSG và $35,02 \pm 5,31$ ở sản phụ thường, $p = 0,101$)

Từ khóa: Tiền sản giật, chức năng tim thai

SUMMARY

TO EVALUATE THE CHANGES IN FETAL CARDIAC MORPHOLOGY AND FUNCTION IN PRE-ECLAMPSIA PREGNANT WOMEN AT DEPARTMENT OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY AND VIETNAM NATIONAL HEART INSTITUTE OF BACH MAI HOSPITAL

Objective: To evaluate the changes in fetal cardiac morphology and function in pre-eclampsia pregnant women. **Subjects and methods:** Forty pregnant women, who have some characteristics: greater than or equal to 18 year olds, have 28 weeks of pregnancy or above, spontaneous pregnancy, not suffer from acute and chronic diseases, basic prenatal screening tests are normal, come for medical examination and treatment at Department of Obstetrics and Gynecology and Vietnam National Heart Institute of Bach Mai Hospital from August 2019 to August 2020. **Results and Conclusions:** The fetal diastolic function in pregnant women with preeclampsia, as assessed by the E / A ratios and the E ' / A' ratios of the left and right ventricles, were not different from the fetal diastolic function in normal pregnant women ($p > 0.05$). The fetal systolic function in pregnant women with preeclampsia reduced than the fetal systolic function in normal pregnant women, manifested in a decrease in overall cardiac function: Increased RV Tei index (0.39 ± 0.02 in pregnant women with preeclampsia, $p = 0.022$) and increased left ventricular Tei index (0.42 ± 0.02 in pregnant women with preeclampsia, $p = 0.025$).

Keywords: pre-eclampsia, fetal cardiac function

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiền sản giật là bệnh lý tim mạch- sản khoa phức tạp gây ra tử vong và biến chứng nặng nề

¹Bệnh viện Vinmec Hạ Long

²Viện Tim mạch Việt Nam

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Phương Thảo

Email: bacsiphuongthaoguyen@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 25.11.2020

Ngày duyệt bài: 8.12.2020

cho mẹ, thai nhi và trẻ sơ sinh. Tỷ lệ mắc bệnh thay đổi theo từng khu vực trên thế giới. TSG gây những biến chứng nặng cho mẹ: sản giật, rau bong non, rối loạn đông máu, suy gan, suy thận, chảy máu, phù phổi cấp và biến chứng đối với con: thai chậm phát triển, suy thai, sinh non, suy hô hấp sơ sinh, tăng tỉ lệ bệnh và di chứng về thần kinh, vận động, trí tuệ cho sự phát triển của trẻ sau này^{1,2,3}.

Để hạn chế cũng như tiên lượng được những biến chứng do TSG gây ra đối với mẹ và con, hiện nay đã có nhiều phương pháp thăm khám đánh giá tình trạng phát triển và sức khỏe của thai nhi ở thai phụ TSG, trong đó siêu âm Doppler thăm dò tuần hoàn tử cung – rau thai là một trong những phương pháp thăm dò không can thiệp có giá trị và đã được đưa vào các khuyến cáo trong thực hành chẩn đoán và điều trị⁴. Gần đây, siêu âm tim thai là một phương pháp chẩn đoán trước sinh hiệu quả, giúp đánh giá một cách hữu hiệu tình trạng sức khỏe của thai nhi với độ nhạy và độ đặc hiệu cao, ngày càng được áp dụng rộng rãi, không chỉ nhằm đánh giá bất thường cấu trúc mà còn đánh giá rối loạn chức năng tim ở nhiều mức độ. Siêu âm tim thai đánh giá rối loạn chức năng tim của thai nhi là công cụ chẩn đoán trước sinh giúp cải thiện tiên lượng thông qua việc kiểm soát các yếu tố nguy cơ, nâng cao kết quả điều trị.

Ở Việt Nam, theo kết quả nghiên cứu của Ngô Văn Tài (2001)¹, tỷ lệ thai phụ tiền sản giật tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương là 5%. Song vẫn chưa có nhiều nghiên cứu về đánh giá chức

năng tim thai trên nhóm quần thể nguy cơ cao này, nên chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu đánh giá chức năng tim thai ở thai phụ bị tiền sản giật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng và địa điểm nghiên cứu: 40 sản phụ ≥ 18 tuổi có thai 28 tuần, thai tự nhiên, không mắc các bệnh cấp và mạn tính, xét nghiệm sàng lọc cơ bản trước sinh bình thường đến khám và điều trị tại Khoa Phụ Sản và Viện Tim mạch Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ 08/2019 đến 8/2020. Loại trừ các trường hợp tim thai có các bất thường: Đang bị rối loạn nhịp tim; Xét nghiệm sàng lọc cơ bản có nguy cơ trung bình trở lên; Siêu âm thai khảo sát hình thái học có bất thường; Bị bệnh tim bất thường cấu trúc hoặc thai lưu tại thời điểm nghiên cứu. Được chia làm 2 nhóm nghiên cứu: nhóm bệnh (mẹ tiền sản giật), nhóm chứng (mẹ hoàn toàn khỏe mạnh)

2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang có nhóm đối chứng

3. Xử lý số liệu: Kiểm định tính chuẩn của số liệu (Skewness - Kurtosis), tỷ lệ phần trăm, phi tham số, T-test, khi bình phương (χ^2), Fisher's exact test, hệ số tương quan (r), tỉ suất chênh (OR) với $p < 0,05$.

4. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện đúng theo quy định về đạo đức trong nghiên cứu y học. Tất cả các thông tin thu thập được mã hóa, bảo mật và chỉ phục vụ cho nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

1. Đặc điểm nhóm sản phụ tiền sản giật trong nghiên cứu:

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm nghiên cứu

Các thông số nghiên cứu của mẹ	Trung bình ± SD		p
	Nhóm sản phụ tiền sản giật (n=20)	Nhóm chứng (n=20)	
Đặc điểm lâm sàng			
Tuổi (năm)	30,55 ± 4,48	27,80 ± 5,18	0,0812
BMI trước mang thai (kg/cm ²)	23,14 ± 0,97	20,11 ± 2,01	<0,001
Huyết áp tâm thu (mmHg)	170,75 ± 11,95	114,75 ± 9,80	<0,001
Huyết áp tâm trương (mmHg)	95 ± 4,87	60,75 ± 8,63	<0,001
Số lần mang thai (lần)	2,4 ± 0,99	1,35 ± 0,49	<0,001
Con so, n (%)	4 (20)	13 (65)	0,005
Con rạ, n (%)	16 (80)	7 (35%)	0,005
Đặc điểm cận lâm sàng			
Hồng cầu (T/L)	4,15 ± 0,43	3,90 ± 0,35	0,051
Hb (g/L)	106,50 ± 12,64	121 ± 9,99	<0,001
Bạch cầu (G/L)	10,31 ± 1,67	8,49 ± 1,20	<0,001
Tiểu cầu (G/L)	210,90 ± 37,40	288,45 ± 95,35	0,002

Triglyceride (mmol/L)	3,39 ± 0,26	7,84 ± 23,14	0,395
Cholesterol (mmol/L)	6,00 ± 0,45	5,57 ± 1,34	0,191
LDL C (mmol/L)	3,70 ± 0,57	3,17 ± 0,15	<0,001
GOT (U/L)	44,10 ± 17,52	27,25 ± 5,88	<0,001
GPT (U/L)	39,75 ± 20,33	24,30 ± 5,77	<0,001
Urea (mmol/L)	7,37 ± 2,42	6,26 ± 0,01	0,066
Creatinine (µmol/L)	86,10 ± 15,85	82,19 ± 0,22	0,077
Protein toàn phần (g/L)	55,50 ± 4,47	63,05 ± 2,58	<0,001
Albumin (g/L)	28,15 ± 3,35	34,18 ± 2,35	<0,001
Chỉ số RI	0,66 ± 0,05	0,52 ± 0,06	<0,001

Nhận xét: Các chỉ số: BMI trước mang thai, số lượng bạch cầu, LDL cholesterol, GOT, GPT cùng với chỉ số RI trên siêu âm Doppler tử cung ở nhóm sản phụ TSG cao hơn nhóm chứng ($p < 0,05$). Trong khi đó chỉ số hemoglobin, tiểu cầu, protein toàn phần, albumin ở nhóm sản phụ TSG thấp hơn nhóm chứng ($p < 0,01$).

2. Hình thái và chức năng tim của thai nhi ở sản phụ tiền sản giật và sản phụ thường

Bảng 2: Hình thái tim thai ở nhóm sản phụ tiền sản giật

Các thông số sinh tồn của thai nhi	Trung bình ± SD		p
	Nhóm sản phụ tiền sản giật (n=20)	Nhóm chứng (n=20)	
Cân nặng thai nhi (gram)	776,45 ± 37,45	1002,55 ± 204,67	<0,001
Tần số tim thai (chu kỳ/phút)	145,70 ± 6,39	148,45 ± 6,57	0,187
Chỉ số tim ngực	0,35 ± 0,02	0,29 ± 0,03	<0,001
Bề dày thất phải tâm trương (mm)	3,01 ± 0,29	2,36 ± 0,27	<0,001
Bề dày thất phải tâm thu (mm)	3,88 ± 0,55	3,33 ± 0,28	<0,001
Bề dày thất trái tâm trương (mm)	2,92 ± 0,29	2,18 ± 0,22	<0,001
Bề dày thất trái tâm thu (mm)	3,73 ± 0,58	3,17 ± 0,25	<0,001
Bề dày VTL tâm trương (mm)	3,17 ± 0,29	2,60 ± 0,23	<0,001
Bề dày VLT tâm thu (mm)	4,09 ± 0,38	3,61 ± 0,32	<0,001

Bảng 4: Chức năng tâm trương của thai nhi

Các thông số nghiên cứu tim thai	Trung bình ± SD		p
	Nhóm sản phụ tiền sản giật (n=20)	Nhóm chứng (n=20)	
Sóng E van 2 lá (cm/s)	36,4 ± 2,14	36,70 ± 4,13	0,775
Sóng A van 2 lá (cm/s)	51,50 ± 4,19	54,00 ± 4,74	0,085
Tỉ lệ E/A thất trái	0,71 ± 0,08	0,68 ± 0,05	0,118
E' của thất trái (cm/s)	4,52 ± 0,48	4,50 ± 0,32	0,908
A' của thất trái (cm/s)	6,31 ± 0,43	6,51 ± 0,41	0,144
Tỉ lệ E'/A' thất trái	0,72 ± 0,09	0,69 ± 0,04	0,217
Sóng E van 3 lá (cm/s)	41,25 ± 4,58	41,10 ± 3,66	0,909
Sóng A van 3 lá (cm/s)	55,00 ± 2,73	56,25 ± 2,73	0,156
Tỉ lệ E/A thất phải	0,75 ± 0,09	0,73 ± 0,05	0,324
Sóng E' của thất phải (cm/s)	5,59 ± 0,52	5,43 ± 0,50	0,312
Sóng A' của thất phải (cm/s)	7,69 ± 0,53	7,45 ± 0,77	0,261
Tỉ lệ E'/A' thất phải	0,73 ± 0,04	0,73 ± 0,06	0,721

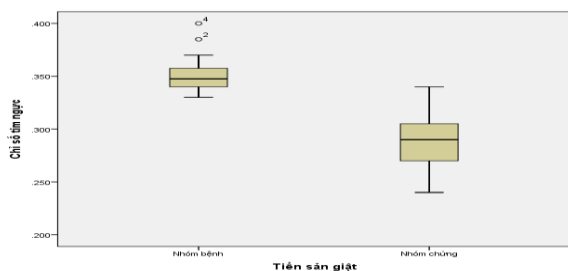
Nhận xét: Không có sự khác biệt khi đánh giá chức năng tâm trương của cả thất trái và thất phải của tim thai ở sản phụ có TSG so với sản phụ khỏe mạnh ($p > 0,05$).

Bảng 5: Chức năng tâm thu của thai nhi

Các thông số nghiên cứu tim thai	Trung bình ± SD		p
	Nhóm sản phụ tiền sản giật (n=20)	Nhóm chứng (n=20)	
Vận tốc tâm thu tại vòng van 2 lá (Sm) (cm/s)	3,97 ± 0,17	3,76 ± 0,46	0,71

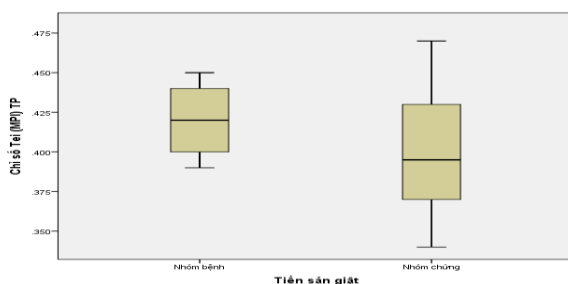
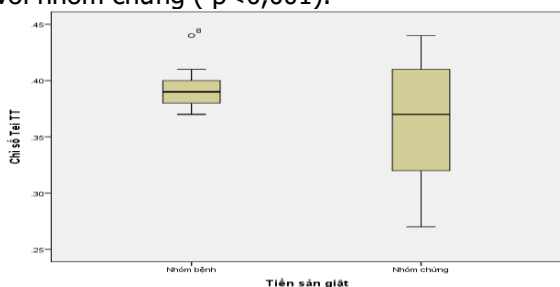
Vận tốc tâm thu tại vòng van 3 lá (Sm) (cm/s)	6,10 ± 0,49	4,91 ± 0,94	<0,001
VTI ĐMC (cm/s)	11,43 ± 1,05	7,65 ± 0,30	<0,001
VTI ĐMP (cm/s)	9,51 ± 0,60	6,69 ± 0,19	<0,001
Phát suất co rút cơ (FS)	32,84 ± 2,09	35,02 ± 5,31	0,101
Chỉ số Tei thất trái	0,39 ± 0,02	0,36 ± 0,05	0,022
Chỉ số Tei thất phải	0,42 ± 0,02	0,40 ± 0,04	0,025

Nhận xét: Vận tốc tâm thu tại vòng van 3 lá (Sm), với VTI ĐMC và VTI ĐMP, cùng với chỉ số Tei thất trái và thất phải ở nhóm sản phụ TSG đều lớn hơn so với nhóm chứng (p<0,05).



Biểu đồ 1: Chỉ số tim ngực của tim thai nhi trên nhóm sản phụ có tiền sản giật và nhóm sản phụ khỏe mạnh

Nhận xét: Cân nặng thai nhi ở nhóm sản phụ TSG (776,45 ± 37,45) nhỏ hơn nhóm chứng (p<0,01). Chỉ số tim ngực và bề dày các thành tim của thai nhi ở nhóm sản phụ TSG lớn hơn so với nhóm chứng (p<0,001).



Biểu đồ 2: Chỉ số Tei thất trái và thất phải của tim thai nhi trên nhóm sản phụ có tiền sản giật và nhóm sản phụ không có tiền sản giật

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được tiến hành trên 2 nhóm sản phụ TSG và nhóm chứng là những sản phụ khỏe mạnh với tuổi mẹ và tuổi thai tương đương. Với

tính chất khác biệt giữa 2 nhóm, do đó, các biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Từ kết quả nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy sự khác biệt về mặt hình thái giữa tim thai trên sản phụ có TSG so với nhóm chứng. Trong đó, chỉ số tim ngực (0,35 ± 0,02) cao hơn một cách có ý nghĩa so với nhóm chứng (0,290 ± 0,03), p<0,001. Các chỉ số khác như bề dày vách liên thất, bề dày thất phải tâm trương (3,02 ± 0,29), bề dày thất phải tâm thu (3,88 ± 0,55), bề dày thất trái tâm trương (4,32 ± 6,31), bề dày thất trái tâm thu (3,73 ± 0,58), bề dày VTL tâm trương (3,17 ± 0,29), bề dày VLT tâm thu (4,09 ± 0,38) đều lớn hơn nhóm chứng một cách có ý nghĩa thống kê (p<0,05).

TSG làm giảm lượng oxy của thai nhi nhận qua nhau thai. Hậu quả làm tim lớn và dày thành tim cũng như động mạch chủ (p<0,05). Người ta cho rằng con của những thai phụ bị TSG sau này có nhiều khả năng bị bệnh tim hơn. Hơn nữa, theo Narin và cs⁵, rối loạn chức năng tim và tổn thương cơ tim đã được tìm thấy ở trẻ sơ sinh của các bệnh nhân TSG.

Tuy nhiên, nghiên cứu cho thấy có sự thay đổi chức năng tâm thu do tăng hậu gánh ở thai nhi của những bệnh nhân bị TSG so với nhóm khỏe mạnh. Trong đó, vận tốc tối đa thì tâm thu tại vòng van 3 lá (Sm) của thai nhi ở nhóm TSG cao hơn nhiều so với ở nhóm khỏe mạnh (p<0,05). Chỉ số VTI ở động mạch chủ (11,43) và VTI ở động mạch phổi (9,51) đều cao hơn nhiều so với thai nhi ở nhóm khỏe mạnh (7,65 và 6,69). Tuy vậy, tần số tim thai của 2 nhóm vẫn tương đương nhau (p>0,05). Như vậy, thông qua các chỉ số VTI và vận tốc tối đa thì tâm thu qua van 2 lá và van 3 lá, cung lượng tim và thể tích nhát bóp ở tim thai ở sản phụ TSG lớn hơn so với nhóm chứng, thể hiện có sự tăng tiền gánh. Nghiên cứu đánh giá chức năng tim thai ở những phụ nữ TSG nhẹ của Saket Baili và cs⁶ năm 2017 cho thấy không có sự khác biệt đáng kể nào được tìm thấy trong các chỉ số của chức năng tâm thu thất giữa hai nhóm. Kết quả này

khác với nghiên cứu của chúng tôi có lẽ vì đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi đều thuộc nhóm TSG nặng, do đó, sự ảnh hưởng của các yếu tố bệnh lý liên quan đến TSG lên tim thai cũng sẽ lớn hơn, từ đó dẫn tới các biến đổi chức năng tâm thu lớn hơn.

Đối với chức năng tâm trương, chỉ số vận tốc sóng E và sóng A, tỷ lệ E/A van 2 lá và van 3 lá của thai nhi có mẹ bị TSG là tương đương nhau ($p > 0.05$). Sóng E', A' và tỷ lệ E'/A' của van nhĩ thất phải và trái ở hai nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0.05$). Nghiên cứu của Balli và cs⁶ cho thấy rối loạn chức năng tâm trương của tim thai ở thai nhi của những bà mẹ bị TSG nhẹ. Tỷ lệ E/A hai lá và E/A ba lá tương tự nhau ở hai nhóm, nhưng tỷ lệ E'/A' ở nhóm tiền sản thấp hơn đáng kể so với nhóm khỏe mạnh. Điều này có lẽ do cỡ mẫu của chúng tôi còn nhỏ.

Chỉ số Tei (MPI) là một chỉ số kết hợp cả khoảng thời gian tâm thu và tâm trương để thể hiện chức năng tâm thất toàn bộ. Một số nghiên cứu đã ghi nhận rằng MPI không phụ thuộc vào áp lực động mạch, nhịp tim, hình dạng tâm thất, hoặc van nhĩ thất trào ngược hậu gánh và tiền gánh. MPI tăng ở những bệnh nhân có rối loạn chức năng tâm thất. Nghiên cứu cho thấy MPI thất trái và thất phải của thai nhi ở nhóm sản phụ TSG đều cao hơn so với nhóm khỏe mạnh ($p < 0.05$), điều này cho thấy sự rối loạn chức năng tim đã bắt đầu có ở những thai nhi có mẹ là TSG.

V. KẾT LUẬN

1. Kích thước và bề dày các thành tim của thai nhi ở sản phụ TSG lớn hơn của thai nhi ở sản phụ bình thường. Trong đó chỉ số tim ngực trung bình là $(0,35 \pm 0,02)$, chỉ số bề dày thất phải

tâm trương, tâm thulân lượt là $3,01 \pm 0,29$ và $3,88 \pm 0,55$, bề dày thất trái tâm trương và tâm thu lần lượt là $2,92 \pm 0,29$ và $3,73 \pm 0,58$, bề dày VLT tâm trương và tâm thu lần lượt là $3,17 \pm 0,29$ và $4,09 \pm 0,38$.

2. Chức năng tim toàn bộ của thai nhi ở sản phụ TSG giảm hơn so với của thai nhi ở mẹ bình thường, biểu hiện ở tăng chỉ số Tei thất phải ($0,39 \pm 0,02$) và tăng chỉ số Tei thất trái ($0,42 \pm 0,02$) trong khi phân suất co rút cơ thất trái vẫn chưa thay đổi ($32,84 \pm 2,09$).

LỜI CẢM ƠN. Chúng tôi xin bày tỏ lòng biết ơn tới Lãnh đạo Bệnh viện Bạch Mai, khoa Phụ Sản, Viện Tim mạch Việt Nam và các phòng, ban của Bệnh viện Bạch Mai đã tạo điều kiện thuận lợi để hoàn thành nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ngô Văn Tài.** Một số yếu tố tiên lượng trong nhiễm độc thai nghén, Luận án tiến sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội. Published online 2001.
2. **Ngô Văn Tài.** Tiền sản giật và sản giật. In: Tiền Sản Giật và Sản Giật. 1st ed. Nhà xuất bản Y học; 2006:7-51.
3. **Sibai B.M Ramadan K.** "Pre-Eclampsia and Eclampsia", Sciarra. Obstet Gynecol, Vol .2, No.7, Pp.1-14.; 1995.
4. **sComas M, Crispi F.** Assessment of Fetal Cardiac Function Using Tissue Doppler Techniques. FDT. 2012;32(1-2):30-38. doi:10.1159/000335028
5. **Narin N, Çetin N, Kılıç H, Başbuğ M, Narin F, Kafalı M, Züm KÜ,** Genç E, Ustünbaş HB. Diagnostic Value of Troponin T in Neonates of Mild Pre-Eclamptic Mothers. NEO. 1999;75(2):137-142. doi:10.1159/000014089
6. **Balli S, Kibar AE, Ece İ, Oflaz MB, Yilmaz O.** Assessment of Fetal Cardiac Function in Mild Preeclampsia. Pediatr Cardiol. 2013;34(7):1674-1679. doi:10.1007/s00246-013-0702-8

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VI PHẪU THUẬT THOÁT VỊ TUY MÀNG TUY

Ngô Mạnh Hùng¹, Dư Văn Nam²

TÓM TẮT

Nghiên cứu 57 bệnh nhi được chẩn đoán và điều trị thoát vị tuỷ màng tuỷ nhằm mục đích đánh giá kết quả điều trị vi phẫu thuật thoát vị tuỷ -màng tuỷ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả, hồi cứu, cắt ngang. Thời gian và địa điểm

nghiên cứu: 1.2018 đến 9.2020 tại bệnh viện Nhi trung ương. **Kết quả:** tuổi trung bình là $6 \pm 1,3$ (tháng); 89,4% số bệnh nhân dưới 1 tuổi. Tỷ lệ nữ/nam= 1,15/1. Có 10,5% số bệnh nhân được chẩn đoán trước sinh. Các triệu chứng lâm sàng: tổn thương vận động-cảm giác (10,5%); rối loạn cơ tròn (15,8%), dẫn não thất (15,8%). 78,9% khối thoát vị nằm ở vùng cùng cụt; 96,5% bệnh nhân có tuỷ bám thấp. Sau mổ, 7% số trường hợp tuỷ ở vị trí bình thường (so với 3,5% trước mổ); 78,95% số bệnh nhân có chất lượng cuộc sống từ mức khá. **Kết luận:** bệnh lý thoát vị tuỷ-màng tuỷ vẫn còn là một thách thức đối với chuyên ngành.

Từ khoá: thoát vị tuỷ màng tuỷ; tuỷ bám thấp, phẫu thuật.

¹Bệnh viện Việt Đức.

²Bệnh viện Sản Nhi Thanh Hoá

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Mạnh Hùng

Email: ngomanhhung2000@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 24.11.2020

Ngày duyệt bài: 10.12.2020