KẾT QUẢ XỬ TRÍ TIỀN SẢN GIẬT TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG TRONG NĂM 2015

Nguyễn Viết Tiến[1], Nguyễn Thanh Hà[2]
(1) Trường Đại học Y Hà Nội, (2) Bệnh viện Đa khoa Hà Tĩnh

Từ khóa: Tiền sản giật, kết quả xử trí.
Keywords: management, pre-eclampsia.

Tóm tắt

Mục tiêu: *Nhận xét kết quả xử trí tiền sản giật tại Bệnh viện Phụ Sản Trương ương trong năm 2015.*

Đối tượng nghiên cứu: *Trong năm 2015 có 402 trường hợp đủ tiêu chuẩn nghiên cứu được lấy vào nghiên cứu đủ để đảm bảo độ tin cậy.*

Phương pháp nghiên cứu: *Mô tả hồi cứu.*

Kết quả: *Tiền sản giật có 3,5% gây chuyển dạ, 6,2% chuyển dạ tự nhiên và 90,3% mổ lấy thai chủ động, chủ yếu do những biến chứng của tiền sản giật. Trong số bệnh nhân chuyển dạ tự nhiên có 72% đẻ thường. Nhóm có chỉ định gây chuyển dạ là 3,5%. Có 91,7% là mổ lấy thai chủ động khi tuổi thai từ 29-32 tuần và 93,8% ở tuổi thai 33-37 tuần. Biến chứng xảy ra với mẹ nhiều nhất là chảy máu, chiếm 9,0%; hội chứng HELLP 6,7%; biến chứng suy thận có 3,7%; rau bong non 2,7%; phù phổi cấp 0,2%; nhiễm trùng sau mổ chiếm tỷ lệ 2,2%. Truyền 1 – 2 đơn vị máu chiếm 27,8%; truyền 3 – 4 đơn vị, chiếm 55,6%; truyền từ 5 đơn vị trở lên, chiếm 16,6%.*

Kết luận: *Tiền sản giật tới 90,3% mổ lấy thai chủ động, chủ yếu do những biến chứng của tiền sản giật. Biến chứng xảy ra với mẹ nhiều nhất là chảy máu, chiếm 9,0%; hội chứng HELLP 6,7%; biến chứng suy thận có 3,7%; rau bong non 2,7%.*

Từ khóa: *Tiền sản giật, kết quả xử trí.*

Abstract

REVIEW THE MANAGEMENT OF PRE-ECLAMPSIA PATIENTS AT THE NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY IN 2015

Objectives: *Review the management of pre-eclampsia patients at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology in 2015.*

Sujects and method: *We performed a describe retrospective study included 402 eligible cases, which was sufficient to guaranteed the reliability of the research.*

Tác giả liên hệ (Corresponding author):
Nguyễn Thanh Hà,
email: thanhha.bvht@gmail.com
Ngày nhận bài (received): 01/03/2017
Ngày phản biện đánh giá bài báo (revised): 15/03/2017
Ngày bài báo được chấp nhận đăng (accepted): 28/04/2017

Results: *In the pre-eclampsial management category, elective caesarean section was the major method made up 90.3%, mainly due to complications of pre-eclampsia. Induction of labor was only 3.5%. 6.2% patients had spontaneous labor, 72% of those successed in normal delivery. 91.7% of patients had C-section at gestational age between 29-32 weeks and 93.8% at gestational age 33-37 weeks. The major complication was bleeding which accounted for 9.0%. Others complications were: HELLP syndrome (6.7%),renal insufficiency(3.7%),placental abruption(2.7%); Acute pulmonary edema (0.2%). Postoperative infections accounted for only 2.2%. In group of patients received blood transfusion, 27.8% had 1 to 2 units of blood while 3-4 units made up to the highest percentage, 55.6%. Under 17% of patients had 5 or more units.*

Conclusion: *90.3% of pre-eclampsial patients had elective caesarean section, primarily due to the complications.The major complication was bleeding which accounted for 9.0%. HELLP syndrome,renal insufficiency, and placental abruption were 6.7%, 3.7% and 2,7% respectively.*

Key words: *management, pre-eclampsia.*

1. Đặt vấn đề

Tiền sản giật (TSG) là một hội chứng bệnh lý toàn thân phức tạp, nằm trong nhóm các rối loạn tăng huyết áp xảy ra trong thai kỳ [1]. Bệnh chỉ xảy ra ở người phụ nữ mang thai và thường xảy ra ở nửa sau của thai kỳ (theo hướng dẫn dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản quốc gia là từ tuần thứ 21 của quá trình mang thai). Tiền sản giật cơ chế bệnh sinh đến nay chưa rõ ràng nên việc điều trị hiện còn gặp nhiều khó khăn, thường phải quyết định đình chỉ thai nghén nhằm đảm bảo an toàn cho mẹ và cho con.

Trước những nguy cơ và hậu quả nặng nề của tiền sản giật, cũng như các bất cập trong công tác điều trị, cần có những nghiên cứu để giúp tìm ra giải pháp tránh những biến chứng nặng nề cho mẹ và cho con là điều rất cần thiết. Từ lý do đó chúng tôi tiến hành đề tài với Mục tiêu: Nhận xét kết quả xử trí TSG tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương (BVPSTW) trong năm 2015.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân có hồ sơ bệnh án chẩn đoán TSG được điều trị tại BVPSTW trong năm 2015.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Tuổi thai từ 20 tuần trở lên.
- Đẻ tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Tuổi thai < 20 tuần.
- Những hồ sơ không rõ ràng, không đủ thông tin về mẹ và tình trạng sơ sinh.
- Đẻ ở nơi khác chuyển đến.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: hồi cứu mô tả

Nghiên cứu theo phương pháp, dựa trên các hồ sơ bệnh án sản phụ đã được chẩn đoán TSG, đẻ trị tại BVPSTW trong năm 2015.

Cỡ mẫu nghiên cứu:

Cỡ mẫu sẽ được chọn dựa theo công thức tính cỡ mẫu cho việc ước tính 1 tỷ lệ trong quần thể như sau:

$$n = z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{p(1-p)}{(p.\delta)^2}$$

Trong đó:

- n: Cỡ mẫu nghiên cứu cần có.
- $Z_{(1-\alpha/2)}$ là hệ số tin cậy.

Nếu lấy Z = 95% (độ tin cậy 95%) thì $Z_{(1-\delta/2)}$ = 1,96

- p: Tỷ lệ biến chứng chung của thai phụ bị TSG theo nghiên cứu của Chan. P và cộng sự là 34% [2].
- δ là sai số nghiên cứu, ước tính là 15%.

Dựa vào công thức trên cỡ mẫu nghiên cứu sẽ là:

$n = (1,96^2 . 0,34 . 0,66) : (0,34 . 0,15)^2$

$n = 331$

Trong năm 2015 có 402 trường hợp đủ tiêu chuẩn nghiên cứu được lấy vào nghiên cứu.

3. Kết quả nghiên cứu

3.1. Điều trị nội khoa

Bảng 1. Các thuốc được sử dụng điều trị TSG trước khi đình chỉ thai nghén

Loại thuốc	Số lượng	Tỷ lệ %
Magie sunfat	43	10,7
1 loại thuốc hạ HA*	48	11,9
≥ 2 loại thuốc hạ HA	21	5,2
Lợi tiểu	8	2,0
Thuốc an thần	25	6,2
Truyền Albumin	96	23,9

** HA: huyết áp*

Có 10,7% trường hợp có sử dụng thuốc Magie sunfat; 11,9% trường hợp có sử dụng 1 loại thuốc hạ HA, số trường hợp phải phối hợp từ 2 loại thuốc hạ HA trở lên là 5,2%. Trong 402 bệnh nhân nghiên cứu chỉ có 8 trường hợp phải sử dụng thuốc lợi tiểu trước khi đình chỉ thai nghén. Số trường hợp phải sử dụng thuốc an thần trước khi kết thúc thai kỳ là 6,2%. Có 96 trường hợp truyền Albumin chiếm tỷ lệ 23,9%.

3.2. Xử trí sản khoa

Bảng 2. Xử trí sản khoa

Phương pháp		Kết quả	Số lượng	Tỷ lệ %
Chuyển dạ tự nhiên N = 25 (6,2%)		Đẻ thường	18	72,0
		Forceps	7	28,0
		Tổng	25	100
Gây chuyển dạ N = 14 (3,5%)	Truyền Oxytocin N =2	Đẻ thường	1	50,0
		Mổ lấy thai	1	50,0
		Tổng	2	100
	Dùng thuốc Misoprostol N=11	Đẻ thường	5	46,0
		Forceps	3	27,0
		Mổ lấy thai	3	27,0
		Tổng	11	100
	Đặt bóng	Đẻ đường âm đạo	1	100,0
	Tổng		14	100
Mổ lấy thai chủ động N = 363 (90,3%)	Vết mổ cũ		73	20,1
	Điều trị nội không kết quả		32	8,8
	TSG nặng, TSG có biến chứng		198	54,6
	Suy thai		28	7,7
	Nguyên nhân khác		32	8,8
	Tổng		363	100
Tổng			402	100

Bệnh nhân tiền sản giật chủ yếu được mổ lấy thai với tỷ lệ 90,3% mổ lấy thai chủ động. Trong mổ lấy thai chủ động chủ yếu do những biến chứng của tiền sản giật, ngoài ra mổ lấy thai chủ động ở bệnh nhân tiền sản giật tỷ lệ mổ vì vết mổ cũ chiếm 20%, và tỷ lệ mổ vì các chỉ định khác chiếm tỷ lệ gần 20% Trong số bệnh nhân chuyển dạ tự nhiên có 72% đẻ thường, còn lại đẻ Forceps. Nhóm có chỉ định gây chuyển dạ chiếm tỷ lệ thấp, chiếm tỷ lệ 3,5%.

3.3. Phân bố phương thức kết thúc thai kỳ theo tuổi thai

Bảng 3. Phân bố phương thức kết thúc thai kỳ theo tuổi thai

Phương thức đẻ	≤ 28 tuần		29-32 tuần		33-37 tuần		≥ 38 tuần	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Gây chuyển dạ	6	19,3	6	6,4	2	1,1	0	0,0
Chuyển dạ tự nhiên	2	6,5	2	2,2	9	5,1	12	12,0
Mổ lấy thai chủ động	23	74,2	85	91,4	167	93,8	88	88,0
Tổng	31	100	93	100	178	100	100	100

Mổ lấy thai chủ động chiếm tỷ lệ cao nhất trong các phương thức đẻ ở cả 4 nhóm tuổi thai. Chiếm tỷ lệ cao nhất, có 91,7% là mổ lấy thai chủ động khi tuổi thai từ 29-32 tuần và 93,8% ở tuổi thai 33-37 tuần.

3.4. Biến chứng với mẹ

Bảng 4. Biến chứng đối với mẹ

Biến chứng	Số lượng	Tỷ lệ %
Sản giật	7	1,7
Rau bong non	10	2,7
Suy thận	15	3,7
Phù phổi cấp	1	0,2
Chảy máu	36	9,0
Nhiễm trùng	9	2,2
HELLP	27	6,7

Biến chứng xảy ra với mẹ nhiều nhất là biến chứng chảy máu, chiếm 9,0%; hội chứng HELLP 6,7%; biến chứng suy thận có 3,7%; rau bong non có 10 trường hợp với tỷ lệ 2,7%; chỉ có 1 trường hợp được xác định phù phổi cấp, chiếm 0,2%; có 9 trường hợp bị nhiễm trùng sau mổ chiếm tỷ lệ 2,2%.

3.5. Truyền máu và các chế phẩm của máu

Bảng 5. Tình hình truyền máu và các chế phẩm của máu

Số lượng máu truyền	Số lượng	Tỷ lệ %
1 - 2 đơn vị	10	27,8
3 - 4 đơn vị	20	55,6
≥ 5 đơn vị	6	16,6
Tổng	36	100

Có 36 trường hợp phải truyền máu và các chế phẩm của máu, trong đó có 10 trường hợp truyền 1 – 2 đơn vị, chiếm 27,8%; 20 trường hợp truyền 3 – 4 đơn vị, chiếm 55,6%; và có 6 trường hợp truyền từ 5 đơn vị trở lên, chiếm 16,6%.

4. Bàn luận

4.1. Điều trị nội khoa

Điều trị TSG hiệu quả nhất là đình chỉ thai nghén, song không phải lúc nào cũng có thể đưa ra quyết định định đình chỉ thai nghén ngay được mà phải điều trị nội khoa nhằm duy trì tình trạng thai nghén và hạn chế tối đa các biến chứng của bệnh đối với mẹ và con.

Kết quả nghiên cứu cho thấy có 63,7% bệnh nhân có sử dụng Magie sunfat trước khi kết thúc thai kỳ, qua đó cho thấy vai trò của Magie sunfat trong điều trị TSG. Trong nghiên cứu này chúng tôi thấy Magie sunfat chủ yếu được pha loãng truyền TM chậm với liều 2 - 4g/24h, có trường hợp phải dùng liều 6g/l do có biến chứng sản giật. Theo nghiên cứu của Trần Thị Thu Hường (2011) có 66,7% được dùng Magie sunfat [3]. Magie sunfat gây giãn mạch, giãn các mao động mạch dẫn đến có tác dụng hạ HA.

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 enzym chuyển Angiotensin, giảm sự đáp ứng của mạc máu với các chất tăng áp, giảm kết tụ tiểu cầu [4], Magie sunfat không những khống chế cơn giật mà còn giảm đượccác biến chứng khác cho me, giảm đáng kể tỷ lệ tử vong mẹ [5].

Kết quả nghiên cứu cho thấy 54,2% thai phụ có sử dụng 1 loại thuốc hạ huyết áp đó là Methyldopa. Có 3,7% bệnh nhân dùng phối hợp từ 2 loại thuốc hạ HA trở lên. Có 23,9% bệnh nhân có truyền Albumin trước khi chấm dứt thai kỳ vì có Albumin máu giảm thấp. Việc truyền Albumin giúp tăng Albumin nâng áp lực keo trong huyết tương, giảm được triệu chứng phù.

4.2. Phương pháp xử trí sản khoa

Phương pháp đình chỉ thai nghén luôn luôn phụ thuộc vào tình trạng bệnh. Uzan S và Sibai B.M đưa ra quan điểm rằng đình chỉ thai nghén có giá trị giảm thiểu nguy cơ cho mẹ và lấy thai ra khỏi môi trường thiếu dinh dưỡng trong tử cung [6]. Vì vậy, cách thức đình chỉ thai nghén cũng liên quan đến yếu tố nguy cơ cho mẹ và yếu tố nguy cơ cho con. Điển hình trong nghiên cứu của Phan Thị Thu Huyền chỉ ra mối liên hệ mật thiết giữa phương pháp đình chỉ thai nghén và tình trạng trẻ sinh ra sống hay tử vong [7].

Trong kết quả nghiên cứu này, đa phần các hình thức đình chỉ thai nghén cho thai phụ tập trung vào phương pháp mổ lấy thai (90,3%). Kết quả của tác giả Phan Thị Thu Huyền với tỷ lệ mổ lấy thai là 88,9% (1997) và 96,2% (2007) [7]; tác giả Trương Thị Hà Khuyên 83,3% (2014) [8]. Điều này cho thấy mổ lấy thai là phương pháp mà các thầy thuốc đang chỉ định rộng rãi trong điều trị tiền sản giật cho bệnh nhân. 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. Có một số kết quả nghiên cứu ở Mỹ củng cố thêm cho nhận định trên như nhóm bệnh nhân tiền sản giật có nhiều yếu tố nguy cơ gây chuyển dạ thất bại và tỷ lệ mổ lấy thai cũng cao hơn rõ rệt so với nhóm không bị tiền sản giật [9]; những bệnh nhân tiền sản giật có nguy cơ mổ lấy thai cao hơn đẻ đường âm đạo khi gây chuyển dạ so với những bệnh nhân không bị tiền sản giật ở cùng độ tuổi thai và ở cả nhóm con so, con rạ [10]. Ngoài ra, chỉ định mổ lấy thai là bắt buộc đối với những sản phụ nhóm tiền sản giật nặng, tiền sản giật có biến chứng dù chưa có dấu hiệu chuyển dạ nhằm mục đích bảo vệ tính mạng mẹ. Mặt khác mổ lấy thai cũng được chỉ định chủ động với những trường hợp có dấu hiệu suy thai. Còn các phương pháp như chuyển dạ tự nhiên 6,2%; sử dụng các phương pháp gây chuyển dạ như Misoprotol; truyền oxytocin hay đặt bóng gây chuyển dạ có tỷ lệ rất thấp chỉ với 3,5% mà trong đó không phải trường hợp gây chuyển dạ nào cũng kết thúc thai kỳ bằng đẻ đẻ đường âm đạo được. Những trường hợp này chủ yếu là các trường hợp tiền sản giật nhẹ tiến triển

thuận lợi, hoặc thai lưu, hoặc thai non tháng. Kết quả của Phan Thị Thu Huyền cũng chỉ ra rằng có 11,1% (1997) và 3,8% (2007) sử dụng các phương pháp đình chỉ thai nghén khác mà không phải là mổ lấy thai [7].

Qua bảng 3 cho ta thấy gây chuyển dạ chủ yếu ở tuổi thai cực non, chiếm 19,3%; còn những trường hợp thai lớn hơn thì chủ yếu mổ lấy thai chủ động. Có thể do hạn chế của các phương pháp gây chuyển dạ là ảnh hưởng đến sức khỏe của bà mẹ hoặc trẻ nên ít được sử dụng phổ biến, trừ một số trường hợp đặc biệt khi thai quá non tháng không sống được và đình chỉ thai nghén để cứu mẹ.

4.3. Biến chứng tiền sản giật đối với thai phụ

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng, số lượng thai phụ gặp biến chứng là 70 thai phụ trong tổng số 402 thai phụ chiếm tỷ lệ 17,4%. Trong đó, HELLP (6,7%) chiếm tỷ lệ cao hơn so với các biến chứng khác. Biến chứng HELLP là biến chứng ảnh hưởng nhiều đến sản phụ và thai nhi. Điều này được minh chứng trong một nghiên cứu ở Hà Lan, tỷ lệ tử vong mẹ trong thời gian vừa qua không giảm với nguyên nhân chính là tiền sản giật, sản giật [11]. Trong đó có hơn 50% trường hợp được chẩn đoán có xuất hiện hội chứng HELLP. Đồng thời nghiên cứu tại Hà Lan cũng chỉ ra các biến chứng nặng nề của hội chứng HELLP như rau bong non 15% - 20%, đông máu rải rác trong lòng mạch 20% - 38%, suy thận cấp 8%, phù phổi cấp 6%, suy gan 1,8%, phù não 1% và xuất huyết 5% [11]. Trong một nghiên cứu khác, tác giả Sibai B.M và Anderson G.D cho rằng nguyên nhân gây tử vong mẹ là phù phổi cấp, hội chứng HELLP với các rối loạn chảy máu và đông máu rải rác trong lòng mạch [12]. Từ các số liệu trên cho thấy hội chứng HELLP là biến chứng ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe, tính mạng bà mẹ và thai nhi nên các cần theo dõi sát sao và đưa ra chỉ định đình chỉ thai nghén kịp thời.

Các biến chứng bao gồm rau bong non, sản giật và phù phổi cấp đều đạt tỷ lệ chưa tới 3%. Điều này được lý giải do những năm gần đây, hiểu biết của các bà mẹ cao hơn, sự quản lý thai nghén các cơ sở y tế tốt hơn, quá trình theo dõi và tầm soát các thai phụ tiền sản giật tốt hơn, các thuốc điều trị có tác dụng tốt cùng với thầy thuốc có trình độ chuyên môn cao, có kinh nghiệm đã hạn chế được biến chứng sản giật và tử vong.

Nhìn chung, số lượng sản phụ gặp biến chứng thấp và tỷ lệ các biến chứng xảy ra đối với các sản phụ bị tiền sản giật thấp là một dấu hiệu đáng mừng. Phản ánh chất lượng khám chữa bệnh tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương ngày càng tiến bộ.

4.4. Tình hình truyền máu và các chế phẩm của máu

Qua bảng 5 ta thấy có có 36 trường hợp phải truyền máu và các chế phẩm của máu. Trong đó có 16,6% phải truyền từ 5 đơn vị trở lên, đây là những trường hợp chảy máu, gây ra thiếu máu nặng nề, đe dọa tử vong cho sản phụ. Nhưng do bệnh viện phụ sản trung ương đã phối hợp tốt với trung tâm huyết học và truyền máu nên đã ứng phó kịp thời và giữ được tính mạng cho bệnh nhân. Cũng trong nghiên cứa này cho thấy có 55,6% trường hợp truyền 3 – 4 đơn vị máu và các chế phẩm của máu, là những trường hợp thiếu máu trung bình, những trường hợp này nếu không được truyền máu kịp thời sẽ dẫn đến thiếu máu nặng và phức tạp.

Về nguyên tắc truyền máu, nếu thiếu thành phần nào thì bổ sung thành phần đó, nhưng thiếu máu trong TSG do vừa thiếu cả huyết cầu vừa thiếu cả các yếu tố đông máu nên việc truyền máu toàn phần cũng rất quan trọng.

5. Kết luận

Tiền sản giật có 3,5% gây chuyển dạ, 6,2% chuyển dạ tự nhiên và 90,3% mổ lấy thai chủ động, chủ yếu do những biến chứng của tiền sản giật. Trong số bệnh nhân chuyển dạ tự nhiên có 72% đẻ thường. Nhóm có chỉ định gây chuyển dạ là 3,5%. Có 91,7% là mổ lấy thai chủ động khi tuổi thai từ 29-32 tuần và 93,8% ở tuổi thai 33-37 tuần. Biến chứng xảy ra với mẹ nhiều nhất là chảy máu, chiếm 9,0%; hội chứng HELLP 6,7%; biến chứng suy thận có 3,7%; rau bong non 2,7%; phù phổi cấp 0,2%; nhiễm trùng sau mổ chiếm tỷ lệ 2,2%. Truyền 1 – 2 đơn vị máu chiếm 27,8%; truyền 3 – 4 đơn vị, chiếm 55,6%; truyền từ 5 đơn vị trở lên, chiếm 16,6%.

Tài liệu tham khảo

1. Trần Hán Chúc. Nhiễm độc thai nghén. Bài giảng sản phụ khoa. Nhà xuất bản Y học. 1999.

2. Chan P., Brown M, Simpson JM et al. Protein uria in pre-eclampsia: how much watters. BTOG. 2008; 112(3), pp. 285.

3. Trần Thị Thu Hường. Nghiên cứu về sản giật tại BVPSTW trong 3 năm từ 01/1/2008 – 31/12/201. Luận văn thạc sĩ y học. Đại học Y Hà Nội. 2011.

4. Noor-S, Halimi M, Faiz NR et al. Magnesiumsunfat in propply lasix and treatment of eclampsia. J Ayub Med Coll Abbottabad. 2004; 16(2), pp. 54.

5. Zeeman G.G, Fleckenstein JL, Twich Dm et al. Cerebrail in farction in eclampsia. AmJ Obstet Gynecol. 2004; 15(2), pp. 214.

6. SibaiB.M . Management and counseling of patients with pree-clampsia remote from term. Clin Obstet Gynecol. 1992; 35,2, pp. 426 - 435.

7. Phan Thị Thu Huyền. Nghiên cứu những chỉ định đình chỉ thai nghén ở những thai phụ tiền sản giật tại bệnh viện Trung ương trong hai năm 1997 và 2007, Luận văn thạc sĩ y học. Đại học Y Hà Nội. 2008

8. Trương Thị Hà Khuyên. Nghiên cứu hoạt độ LDH huyết thanh trong bệnh lý tiền sản giật tại bệnh viện Phụ sản Trung ương. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Sản phụ khoa. Đại học Y Hà Nội. 2015

9. XenakisE.M-etal. Pre-eclampsia: Is induction of Labor More successfull?", Obstetrics and Gynecology. 1997; Vol 89/4, pp. 600-603.

10. KimLena-etal. Pre-eclampsia is a risk factor for cesarean delivery in the setting of induction of labor. am J Obstet Gynecol S105. 2007.

11. OnrustSimone-SantemaJ.G. Pre-eclampsia and the HELLP syndrome still cause maternal mortality in the Netherlands and other developed countries, can we reduce it?. European Journal of Obstetrics and Gynecology and reprodutive Biology. 1999; 82, pp. 41-46.

12. SibaiB.M-AndersonG.D. Hypertension in pregnancy. Obstetric normal and problem pregnancy. 2th edition- Edited by Steven G- Gabble. 1991; 30, pp. 993 - 1020.