

NHẬN XÉT VỀ BỆNH CẢNH LÂM SÀNG VÀ XỬ TRÍ SẢN KHOA TIỀN SẢN GIẬT NẶNG TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG NĂM 2012

LÊ HOÀI CHƯƠNG - Bệnh viện Phụ sản Trung ương

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Nhận xét về bệnh cảnh lâm sàng và xử trí sản khoa tiền sản giật nặng tại Bệnh viện phụ sản Trung ương năm 2012. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu mô tả trên 186 bệnh nhân tiền sản giật nặng được nhập viện điều trị. **Kết quả:** Tỷ lệ biến chứng mẹ trong tiền sản giật nặng là 40%; trong đó hội chứng HELLP chiếm 25%; còn lại 15% là các biến chứng như sản giật, suy thận, suy gan, rau bong non, tử vong. Tỷ lệ biến chứng mẹ ở các nhóm tuổi thai: ≤ 27 tuần là 50%, 28 – 34 tuần là 36% và 22% ở nhóm ≥ 34 tuần). Tỷ lệ mổ lấy thai là 91,4%, trong đó 95% mổ lấy thai vì sức khỏe của mẹ và 5% vì sức khỏe của con. Mổ lấy thai chủ động ngay sau chẩn đoán là 53,8%, 31% mổ lấy thai sau khi điều trị duy trì, 6,5% mổ lấy thai khi chuyển dạ. 13% bệnh nhân được chỉ định điều trị duy trì 24 – 48 giờ trên những bệnh nhân có tuổi thai từ 27 – 34 tuần và có chỉ định đình chỉ thai nhưng tình trạng mẹ ổn định. **Kết luận:** 1- Các biến chứng mẹ trong tiền sản giật nặng thường biểu hiện của rối loạn chức năng của đa cơ quan, hội chứng HELLP là biến chứng chiếm tỷ lệ cao nhất. 2- Tuổi thai và các triệu chứng cơ năng là hai yếu tố quan trọng trong tiên lượng biến chứng tiền sản giật nặng.

Từ khóa: xử trí sản khoa, tiền sản giật

SUMMARY

Objective: Assessment for clinical diagnoses and obstetric treatment on severe preeclampsia at national hospital of obstetric and gynecology in 2012. **Material and method:** Retrospective description with 186 preeclampsia mediocal records which was hospitalized and treated. **Result:** Maternal complication rates of pre-eclampsia was 40%. In which, HELLP syndrome accounted for 25%; other complications of severe preeclampsia such as eclampsia, kidney failure, liver failure, abruptio placentae, death accounting for 15%. Cesarean

section rate was 91.4%, in which reasons of cesarean section for maternal health is 95%, for the health of the fetus is 5%. Cesarean section immediately after diagnosis is 53.8%, 31% cesarean section after maintenance therapy, 6.5% cesarean section during labor. 13% assigned maintenance treatment for 48 hours in patients with a gestational age of 27-34 weeks who have indication stop pregnancy but the women in stable condition. **Conclusion:** 1- The maternal complications in pre-eclampsia is often a manifestation of dysfunction of multiple organs, HELLP syndrome accounted for the highest percentage. 2- The period of gestation and feeling symptoms in patients with severe pre-eclampsia are two important factors contributing to prognosis for maternal complications.

Keywords: clinical, obstetric, preeclampsia.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiền sản giật nặng là một hội chứng bệnh lý phức tạp do thai nghén gây ra. Tiền sản giật có thể gây những biến chứng nặng cho mẹ như sản giật, hội chứng Hellp, rau bong non, rối loạn đông máu, suy gan, suy thận, chảy máu, phù phổi cấp, tử vong mẹ... Đối với thai nhi có thể gây ra những hậu quả như thai chậm phát triển, suy thai, thậm chí có thể gây chết thai. Những biến chứng trên đa phần nằm trong bệnh cảnh của tiền sản giật nặng. Do vậy, với mong muốn tham gia vào việc phòng và hạn chế những biến chứng do tiền sản giật nặng gây nên, đề tài này được thực hiện với mục tiêu: Nhận xét về các bệnh cảnh lâm sàng và xử lý sản khoa của tiền sản giật nặng tại Bệnh viện phụ sản Trung ương năm 2012.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: 186 bệnh nhân tiền sản giật nặng được nhập viện điều trị từ tháng 1 đến tháng 12/ 2012 tại Bệnh viện Phụ sản trung ương.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Tiền sản giật nặng, Tuổi thai >20 tuần,

- Tiêu chuẩn loại trừ: Có các bệnh lý nội khoa khác như viêm gan, bệnh thận, bệnh về máu...

2. Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu mô tả cắt ngang.

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

1. Bệnh cảnh lâm sàng

Trong 186 bệnh nhân tiền sản giật nặng thì có tới 74 (40%) bệnh nhân là có biến chứng mẹ và 112 bệnh nhân chưa có biến chứng mẹ. Bệnh nhân được chẩn đoán là tiền sản giật nặng chưa có biến chứng mẹ là những bệnh nhân sau khi đã loại trừ những biến chứng xảy ra với mẹ nhưng có HA tối đa ≥ 160 mmHg hoặc HA tối thiểu ≥ 110 mmHg và protein niệu $> 0,3$ g/l. Hoặc huyết áp tối đa ≥ 140 mmHg, HA tối thiểu ≥ 90 mmHg nhưng protein niệu > 3 g/l trên mẫu nước tiểu bất kỳ và chưa có biến đổi các chỉ số xét nghiệm máu khác (Sibai, 2011) [6].

Bảng 1. Tỷ lệ các biến chứng của mẹ trong TSG nặng.

| | | | |
|---|----------------|------|-------|
| Hội chứng HELLP | Toàn phần | 12 | 6,5 % |
| | Bán phần | 16 | 8,6% |
| | + Suy tạng | 12 | 6,5% |
| | + Rau bong non | 2 | 1,1% |
| | + sản giật | 4 | 2,2% |
| Suy thận cấp | 18 | 9,7% | |
| Suy gan | 2 | 1,1% | |
| Đọa phù phổi cấp, phù phổi cấp + Suy tạng | 2 | 1,1% | |
| Rau bong non | 2 | 2,2% | |
| Sản giật + Suy tạng | 2 | 1,1% | |
| Tử vong | 2 | 1,1% | |
| Σ | 74 | 40% | |

Trong nhóm này có 60 (54%) bệnh nhân có biến chứng thai chậm phát triển trong tử cung (CPTTTC), 8 (7,2%) bệnh nhân thai suy, 4(3,6%) bệnh nhân thai chết lưu; 5(4%) bệnh nhân có các dấu hiệu cơ năng như đau đầu nhiều, nhìn mờ, đau thượng vị; đây cũng chính là những tiêu chuẩn để chẩn đoán tiền sản giật nặng. Tất cả những bệnh nhân này đều được chỉ định ngừng thai vì những lý do như: thai đủ tháng, không đáp ứng với điều trị (không kiểm soát được huyết áp, không kiểm soát được sự giảm Albumin máu nặng nề trong tuần đầu tiên sau chẩn đoán, xuất hiện triệu chứng cơ năng), thai chết lưu, thai suy dinh dưỡng nặng và > 34 tuần, đang trong thời gian điều trị thì xuất hiện thai suy, đến trong tình trạng chuyển dạ hoặc đã điều trị nhiều ngày ở tuyến cơ sở. Như vậy mặc dù là tiền sản giật nặng chưa có biến chứng cho mẹ nhưng bệnh cảnh lâm sàng rất phong phú. Do vậy để đánh giá tình trạng bệnh chúng tôi đã phải xét tới rất nhiều khía cạnh như đã nêu ở trên để có thể đưa ra những hướng xử trí phù hợp.

Bảng 2. Tỷ lệ các biến chứng của thai trong TSG nặng.

| | | |
|-------------------|-----|-------|
| Thai suy | 6 | 3% |
| CPTTTC | 96 | 52% |
| Thai suy + CPTTTC | 8 | 4% |
| Chết lưu | 12 | 6,5% |
| Bình thường | 64 | 34,5% |
| Σ | 186 | 100% |

Trong tất cả các biến chứng của tiền sản giật nặng nêu trên bảng 2 thì hội chứng HELLP là biến chứng chiếm tỷ lệ cao nhất (25%) và có các hình thái lâm sàng phong phú nhất, sau đấy đến biến chứng suy thận cấp (9,7%), rồi tiếp đến là sản giật, rau bong non, suy gan và phù phổi cấp thì có tỷ lệ thấp hơn. Có 44 bệnh nhân có hội chứng HELLP, chiếm 60% trong các biến chứng thì có 12 bệnh nhân là hội chứng HELLP toàn phần mà không đi kèm với các biến chứng khác tức là có đầy đủ cả 3 tiêu chuẩn chẩn đoán: huyết tán H (Hemolysis), men gan tăng EL (Elevated Liver enzym), giảm tiểu cầu LP (Low Platelet) theo như hệ thống phân loại Tennessee (Sibai, 2004) [7] hoặc Mississippi (Martin và CS, 2006)[3] và còn có tới 16 bệnh nhân là hội chứng HELLP bán phần tức là những bệnh nhân có tiền sản giật nặng cộng thêm một hoặc hai tiêu chuẩn của hội chứng HELLP (HEL hoặc EL hoặc ELLP) (Martin và CS, 2006); Martin còn cho rằng hội chứng HELLP bán phần có thể tiến triển thành hội chứng HELLP toàn phần và có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ sản giật, phù phổi cấp hay rối loạn đông máu... Ở nhóm hội chứng HELLP bán phần và nhóm tiền sản giật nặng đơn thuần chưa có biến đổi về xét nghiệm ($p < 0,001$) Điều này càng nói lên việc phân loại ra nhóm hội chứng HELLP bán phần rất có ý nghĩa trong vấn đề tiên lượng sớm những biến chứng nguy hiểm khác cho bệnh nhân. Ngoài ra có 16 bệnh nhân hội chứng HELLP toàn phần hay bán phần đi kèm với các biến chứng khác như sản giật, rau bong non, suy tạng (suy gan, suy thận, suy đa tạng). Đặc biệt là trong hai bệnh nhân tử vong thì cả hai đều trong bệnh cảnh xuất huyết não, hôn mê, trụy mạch, suy đa tạng, rối loạn đông máu nặng và có hội chứng HELLP; có một bệnh nhân bị vỡ gan nặng. Theo như Gokhan và CS (2010) [1] bệnh nhân hội chứng HELLP có suy thận chiếm 20,5 % và là một trong những nguyên nhân gây tử vong trên bệnh nhân tiền sản giật (3%). Còn theo Haram (2010) [2] biến chứng xuất huyết não trong hội chứng HELLP là nguyên nhân chính gây tử vong mẹ (26%); bên cạnh đó còn có các biến chứng khác gây tử vong mẹ như đông máu nội mạch lan tỏa (DIC, 15%), Rau bong non (9%), suy chức năng gan và chảy máu (1%). Như vậy có thể nói hội chứng HELLP là biến chứng hay gặp và rất nguy hiểm trong tiền sản giật nặng. Nó hay đi kèm với các biến chứng khác làm cho tình trạng bệnh càng phức tạp, nặng nề hơn.

Có 6 bệnh nhân bị sản giật trước đẻ thì cả 6 bệnh nhân đều có các biến chứng khác đi kèm như suy đa tạng, hội chứng HELLP. Sản giật đơn thuần không kèm theo các biến chứng khác là không có bệnh nhân nào. Theo báo cáo của Ngô Văn Tài (2003) [4] thì 96,6% bệnh nhân sản giật có suy gan và 87,6 % suy thận cấp. Còn theo Zwart và cộng sự (2008) [9] thì tỷ lệ hội chứng HELLP trong sản giật là 23%. Do hạn chế về khoảng thời gian nghiên cứu nên không thể có được lượng bệnh nhân đủ lớn để đưa ra một tỷ lệ sát hơn với thực tế; tuy nhiên đây là một thông số để có

thể cho ta nhận định rằng sản giật thường hay đi kèm với các biến chứng khác của tiền sản giật.

Có 6,5% bệnh nhân tiền sản giật nặng có biến chứng suy thận đơn độc và 4% đi cùng các biến chứng khác như hội chứng HELLP hay phù phổi cấp. Trong nghiên cứu này có 2 bệnh nhân phù phổi cấp thì cả hai đều có biểu hiện suy thận trước đó. Còn 2 bệnh nhân tử vong thì dường như hội đủ tất cả các biến chứng của tiền sản giật nặng: Một bệnh nhân vào viện trong tình trạng đã vỡ gan, trụy mạch, rối loạn đông máu, suy đa tạng, OAP; Bệnh nhân còn lại có biểu hiện của suy gan, rối loạn đông máu, xuất huyết não. Cả hai bệnh nhân này đều được chuyển từ tuyến cơ sở lên trung ương.

2. Bảng 3 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân tiền sản giật nặng xuất hiện chủ yếu ở thai trên 28 tuần (Ba tháng cuối) (Sibai 2004). Tuy nhiên tỷ lệ biến chứng cho mẹ ở các khoảng tuổi thai là rất khác nhau ($p < 0,001$): biến chứng mẹ ở tuổi thai dưới 27 tuần lên tới 50%, nhóm tuổi thai từ 28 đến 34 tuần là 36 % và nhóm tuổi thai trên 34 tuần thì tỷ lệ biến chứng mẹ chỉ 22%.

Bảng 3. Tỷ lệ biến chứng của TSG nặng của mẹ và tuổi thai

| Thai < 27 tuần | | Thai 28 – 34 tuần | | Thai ≥ 35 tuần | |
|----------------|-------|-------------------|-------|----------------|-------|
| Có | Không | Có | Không | Có | Không |
| 4 | 4 | 36 | 64 | 17 | 61 |
| 50 % | 50 % | 36 % | 64 % | 22% | 78% |

Vậy phải chăng tiền sản giật nặng xuất hiện càng sớm thì càng có nguy cơ gây biến chứng cho mẹ càng nhiều hơn. Về cơ chế bệnh sinh thì vẫn chưa có nghiên cứu nào giải thích rõ về điều này, tuy nhiên trên thực tế khi tiền sản giật nặng xuất hiện sớm tức là khi thai còn non và khả năng sinh ra nuôi được là thấp do vậy hiện nay ở một vài tuyến cơ sở vẫn giữ điều trị bệnh nhân trong một thời gian dài, hoặc những bệnh nhân vùng nông thôn miền núi thường không có thói quen khám thai kỳ cho tới khi đẻ. Trong khi đó tiền sản giật lại có tính chất tiến triển nặng dần lên theo thời gian. Do vậy những bệnh nhân này khi đến với chúng tôi thì đã quá nặng và đã xuất hiện nhiều biến chứng không chỉ cho mẹ mà cho cả thai nhi.

3- Số bệnh nhân có triệu chứng cơ năng như là 14%, trong đó triệu chứng đau đầu chiếm tới 70%, còn lại các triệu chứng như đau thượng vị, Nôn và buồn nôn, mệt mỏi, đau thượng vị chiếm 30%. Tỷ lệ bệnh nhân xuất hiện triệu chứng cơ năng ở bệnh nhân có biến chứng mẹ là 31% (23/74), không có biến chứng mẹ là 4,5%(5/112). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Theo các tác giả như Rose (2007) [5], Sibai (2004) thì 80% đến 90% bệnh nhân có biến chứng HELLP, sản giật đều có triệu chứng mệt mỏi, đau đầu. Điều này nói lên rằng khi một bệnh nhân có các dấu hiệu cơ năng như trên thì đó là những triệu gợi ý cho Bác sĩ lâm sàng về những nguy cơ nặng nề với thai phụ có thể xảy ra.

Bảng 4. Biến chứng mẹ và các triệu chứng cơ năng

| | Có triệu chứng cơ năng | Không có triệu chứng cơ năng | Σ |
|------------------------|------------------------|------------------------------|-----|
| Có biến chứng mẹ | 23 | 51 | 74 |
| Không có biến chứng mẹ | 5 | 107 | 112 |
| Σ | 28 | 158 | 186 |

4. Xử trí sản khoa trong tiền sản giật nặng.

Tỷ lệ mổ lấy thai của bệnh nhân tiền sản giật nặng là 91,4%. Trong đó mổ chủ động khi chưa chuyển dạ chiếm 85%, mổ lấy thai trong lúc chuyển dạ là 6,5%. Có 53,8% mổ chủ động ngay sau chẩn đoán khi chưa chuyển dạ đó là những bệnh nhân tiền sản giật nặng có tuổi thai trên 34 tuần, thai suy, tiền sản giật nặng có biến chứng như: Hội chứng HELLP đơn thuần trên thai >34 tuần, sản giật, rau bong non, phù phổi cấp, suy thận, suy gan nặng, suy đa tạng... Điều trị bảo tồn trong 24-48 giờ và sau đấy sẽ chủ động mổ lấy thai chiếm 12,9%. Chỉ định này nhằm mục đích tạo thời gian để chờ tác dụng của corticosteroid (CS) trên thai. Được đặt ra với tuổi thai từ 27 đến 34 tuần (Stiles, 2007) [8] đã có chỉ định đình chỉ thai nhưng tình trạng mẹ ổn định và không có đe dọa về tình trạng con: Có 11 bệnh nhân có hội chứng HELLP và hội chứng HELLP bán phần, 13 bệnh nhân suy thận được chỉ định điều trị duy trì trong 48 giờ (13%). Theo như Sibai (2004) thì điều trị 1 đợt CS trên thai dưới 34 tuần làm giảm tỷ lệ biến chứng và tử vong sơ sinh ở thai phụ tiền sản giật. Đối với những bệnh nhân này thì trong thời gian chờ đợi tác dụng của CS thì sẽ được theo dõi sát cả tình trạng mẹ lẫn thai: nghỉ ngơi, kiểm soát huyết áp, tăng thể tích huyết tương (Albumin), Corticosteroid, theo dõi thai trên Monitoring, siêu âm Dopler. Có 18,3% bệnh nhân tiền sản giật nặng điều trị bảo tồn trên 48 tiếng. Đây là những bệnh nhân có tuổi thai từ 26 đến 34 tuần nhưng chưa có biến chứng trên mẹ, tình trạng thai cho phép có thể tiếp tục theo dõi. Trong nghiên cứu này trung bình số ngày điều trị duy trì là 4,2 ngày. Tuy nhiên, do là tuyến trung ương nên nhiều bệnh nhân tiền sản giật đã được điều trị từ tuyến cơ sở do vậy việc tính số ngày điều trị duy trì ngay từ khi bắt đầu chẩn đoán chỉ là tương đối. Bệnh nhân được chỉ định đình chỉ thai nghén trong quá trình theo dõi là do những lý do như: tình trạng tiền sản giật nặng kéo dài không kiểm soát được, xuất hiện các triệu chứng cơ năng (đau đầu, đau thượng vị buồn nôn, đau hạ sườn phải, mệt mỏi nhiều), có dấu hiệu thai suy, xuất hiện biến chứng cho mẹ... 95% đình chỉ thai vì sức khỏe của mẹ và 5% vì sức khỏe của con.

Bảng 5. Thái độ xử trí sản khoa với tiền sản giật nặng

| | | |
|--|-----|--------|
| TSG nặng chưa chuyển dạ | 166 | 89,2 % |
| Mổ lấy thai chủ động ngay sau chẩn đoán | 100 | 53,8 % |
| Điều trị trì hoãn trong 48h | 24 | 12,9 % |
| Điều trị không can thiệp kéo dài hơn 48h | 34 | 18,3 % |
| Gây chuyển dạ | 8 | 4,3 % |
| TSG nặng khi chuyển dạ | 20 | 10,8 % |
| Mổ lấy thai | 12 | 6,5 % |
| Đẻ Forceps | 0 | 0 % |
| Đẻ thường | 8 | 4,3 % |

Có 8 bệnh nhân (4,3%) được chỉ định gây chuyển dạ để đường âm đạo. Trong nghiên cứu này có 2 trường hợp gây chuyển dạ đều có tuổi thai dưới 26 tuần mà tình trạng mẹ không cho phép tiếp tục giữ thai nhưng chưa có những biến chứng nguy hiểm và 6 trường hợp là thai chết lưu. Có 20 trường hợp tiền sản giật nặng có chuyển dạ thì 12 bệnh nhân có chỉ định mổ vì tình trạng mẹ không cho phép để đường âm đạo bởi các lý do như rau bong non, có biến chứng suy tạng, hội chứng HELLP. Và 8 bệnh nhân để đường âm đạo; những bệnh nhân này cổ tử cung có Bichop thuận lợi và không có biến chứng ở cả mẹ và thai.

KẾT LUẬN

1. Các biến chứng mẹ trong tiền sản giật nặng thường biểu hiện của rối loạn chức năng của đa cơ quan, do đó biểu hiện trên lâm sàng rất đa dạng. Trong đó hội chứng HELLP là biến chứng chiếm tỷ lệ cao nhất và hay đi kèm với các biến chứng khác.

2. Tuổi thai và các triệu chứng cơ năng trên bệnh nhân tiền sản giật nặng là hai yếu tố quan trọng góp phần trong tiên lượng biến chứng mẹ. Tỷ lệ mổ đẻ khá cao trong tiền sản giật nặng (91,4%): Mổ lấy thai chủ động ngay sau chẩn đoán là 53,8%, 31% mổ lấy thai sau khi điều trị duy trì, 6,5 % mổ lấy thai khi chuyển dạ. 31,3% bệnh nhân tiền sản giật nặng được chỉ định điều trị duy trì: 13 % bệnh nhân được chỉ định điều trị duy trì 24 – 48 giờ trên những bệnh nhân có tuổi thai từ 27 – 34 tuần và có chỉ định đình chỉ thai nhưng tình trạng mẹ ổn định. 18,3% bệnh nhân điều trị bảo tồn trên 48 tiếng là có tuổi thai dưới 34 tuần mà chưa có biến chứng mẹ và tình trạng thai chưa bị đe dọa. Chỉ định này dựa trên các tiêu chí:

tình trạng mẹ, tình trạng thai, khoảng tuổi thai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gokhan Yidirim, Kemal Gungorduk et al (2010). *HELLP syndrom: 8 years of experient from a tertiary referal center in Western Turkey*. Hypertension in pregnancy, early online: 1-11.
2. Haram K, Svendsen E, Abildgaard U (2009). *The HELLP syndrom: clinical issues and management*. A view. BMC pregnancy and childbirth 9:8 doi: 10.1186/1471-2393-9-8.
3. Martin JN Jr, Rose CH Christian M (2006). *Understanding and managing HELLP syndrom: the integral role of aggressive glucocorticoids for mother and child*. Am J Obst and Gynecol 195: 914-934.
4. Ngô Văn Tài (2003), *Những yếu tố tiên lượng cho thai phụ và thai nhi trong sản giật*. Tạp chí thông tin y dược, số đặc biệt chuyên đề sản phụ khoa. 138-139.
5. Rose BD (2007). *HELLP syndrom*. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate 2007.
6. Sibai MD (2011). *Evaluation and management of severe preeclampsia before 34 weeks' gestation*. American Journal of Obstetrics & Gynecology 2011: 191-192.
7. Sibai MD (2004). *Diagnosis, controversie and management of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets syndrome. High-risk pregnancy series: an expert view*. Obst Gynecol 103: 981-991.
8. Stiles AD (2007). *Prenatal corticosteroids – early gain, long term question*. N Engl J Med 375: 1248-1250.
9. Zwart JJ, Richters A, Ory F, et al (2008). *Eclampsia in the Netherlands*. Obst and Gynecol; 112: 102 -109.