

KHẢO SÁT MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TĂNG HUYẾT ÁP TỒN TẠI Ở SẢN PHỤ TIỀN SẢN GIẬT ĐÃ SINH TẠI KHOA SẢN BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH GIA LAI

Nguyễn Thị Phương Thảo, Nguyễn Tinh Bình, Phạm Thị Lệ Hằng, Phạm Thị Thanh Mai, Bùi Thị Thu Trang, Nguyễn Thị Bích Vân
 Bệnh viện đa khoa tỉnh Gia Lai

Tóm tắt

Mục tiêu: Xác định tỉ lệ tăng huyết áp tồn tại sau sinh ở các trường hợp tiền sản giật đến theo dõi và điều trị tại Khoa sản Bệnh viện đa khoa tỉnh Gia Lai. Và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tình trạng tăng huyết áp tồn tại ở nhóm sản phụ này.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu cắt ngang mô tả. Đối tượng nghiên cứu gồm 91 trường hợp nhập viện với chẩn đoán tiền sản giật tại Khoa sản Bệnh viện đa khoa Gia Lai. Các trường hợp này được điều trị và được tiếp tục theo dõi đến 12 tuần sau sinh. Thời gian nghiên cứu từ 1/2016 đến 7/2017. Thu thập dữ liệu dựa vào hồ sơ bệnh án, xét nghiệm, bệnh án nghiên cứu. Nhập số liệu và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 18.0.

Kết quả: Có 27,5% (25/91) trường hợp tiền sản giật có tăng huyết áp tồn tại sau sinh đến 12 tuần. Xét nghiệm AST và creatinin huyết thanh là những yếu tố có liên quan đến nguy cơ tăng huyết áp tồn tại sau sinh ở nhóm sản phụ tiền sản giật ($p < 0,05$).

Kết luận: Theo dõi dài hạn sau sinh ở những sản phụ tiền sản giật là rất cần thiết để phát hiện những bệnh lý liên quan về sau.

Abstract

RELATED FACTORS WITH PERSISTENT HYPERTENSION AFTER PUERPERIUM AMONG PREECLAMPTIC WOMEN IN GIALAI GENERAL HOSPITAL

Objective: To determine the longterm hypertension after puerperium among women with preeclampsia in Gia Lai general hospital. And finding related factors with persistent hypertension in pre-eclamptic women.

Materials and Method: A cross-sectional descriptive study on 91 pregnant women hospitalized with pre-eclampsia from January 2016 to July 2017 at the Obstetrics department of Gia Lai General Hospital.

Tác giả liên hệ (Corresponding author):
 Nguyễn Thị Phương Thảo,
 email: dr.phuongthao68@gmail.com
 Ngày nhận bài (received): 10/7/2017
 Ngày phản biện đánh giá bài báo (revised):
 15/8/2017
 Ngày bài báo được chấp nhận đăng
 (accepted): 31/8/2017

After treatment, they have been followed up until 12 weeks postpartum. Data were collected on the patients records and analysis by SPSS software 18.0.

Results: Prevalence of hypertension persistent until 12 weeks postpartum among pre-eclamptic women was 27.5% (25/91 cases). Serum AST and serum creatinine level associated with risk of postpartum hypertension persistent ($p < 0.05$).

Conclusion: Pre-eclamptic women need to long-term follow-up to identify the risk of related diseases in the later of life.

1. Đặt vấn đề

Tiền sản giật (TSG) là một rối loạn nhiều cơ quan liên quan đến thai kỳ, đặc trưng bởi tình trạng tăng huyết áp (THA) và protein niệu. TSG chiếm tỉ lệ khoảng 6 - 10% tổng số thai kỳ và liên quan đến tỉ lệ bệnh tật và tử vong mẹ trên toàn cầu. Bệnh có thể xuất hiện trước, trong hoặc sau sinh, và đặc biệt liên quan đến nguy cơ THA mạn hoặc TSG ở lần mang thai sau [1], [2], [3].

Các nghiên cứu về tình trạng THA tồn tại sau sinh còn hạn chế. Tỷ lệ THA sau sinh hiện chưa thống nhất, dao động từ 0,3 - 27% tùy theo nghiên cứu [4], [5], [6], [7]. Một thực tế là có những bệnh nhân TSG không được theo dõi diễn biến HA cũng như không được quan tâm đúng mức sau khi xuất viện.

Tại Việt nam, tình trạng theo dõi sau sinh hầu như chưa được quan tâm đầy đủ, đặc biệt theo dõi tình trạng HA và các vấn đề liên quan ở những sản phụ bị TSG. Điều này có thể dẫn đến phát triển một số bệnh lý về sau có liên quan đến TSG như THA mạn tính, bệnh lý tim mạch, bệnh thận mà không được theo dõi và điều trị phù hợp.

Vì những lý do trên, chúng tôi thực hiện đề tài với các mục tiêu:

1. Xác định tỷ lệ THA tồn tại sau sinh ở các trường hợp TSG đến theo dõi và điều trị tại Khoa sản Bệnh viện đa khoa tỉnh Gia Lai.

2. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tình trạng THA tồn tại ở nhóm sản phụ này.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

Tất cả sản phụ đến sinh có tuổi thai từ 20^{0/7} tuần đến 41^{6/7} tuần theo siêu âm 3 tháng đầu, có các triệu chứng đầy đủ để chẩn đoán TSG theo Hiệp hội sản phụ khoa Hòa Kỳ (ACOG, 2014).

Tiêu chuẩn loại trừ:

Sản phụ không có đủ các tiêu chuẩn chẩn đoán TSG và hoặc từ chối tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu:

Mô tả cắt ngang

Thời gian và địa điểm: Nghiên cứu tiến hành từ 1/2016 đến 6/2017 tại Khoa sản Bệnh viện đa khoa tỉnh Gia Lai.

Cỡ mẫu nghiên cứu:

được tính theo công thức:

$$N = Z_{(1-\alpha/2)}^2 \times p(1-p) / d^2$$
 - Chọn $\alpha = 0,5$ thì $1-\alpha = 95\%$, hệ số tin cậy $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$, tỷ lệ sai số $d = 5\%$, $p = 6\%$ là tỷ lệ THA tồn tại sau sinh (theo nghiên cứu của Bramham, 2013) [10].

- Như vậy cỡ mẫu tối thiểu là 86 trường hợp, trong thực tế chúng tôi thu nhận được 91 trường hợp thỏa mãn các điều kiện lấy mẫu.

Phương pháp và công cụ thu thập thông tin:

- Phiếu thu thập số liệu xây dựng dựa trên mục tiêu nghiên cứu, biến số nghiên cứu.

- Thu thập số liệu nghiên cứu dựa trên ghi chép hồ sơ bệnh án vào bệnh án thu thập thông tin. Phiếu thu thập ghi nhận lại HA của bệnh nhân lúc

vào viện, sau sinh 48 giờ, khi xuất viện, cũng như các chỉ số xét nghiệm protein niệu, sinh hóa, công thức máu, tiểu cầu.

- Sau 12 tuần hậu sản bệnh nhân được liên hệ trở lại bệnh viện để khám, đo HA, xét nghiệm máu và nước tiểu.

Kỹ thuật đo HA: Đo HA theo qui trình chuẩn của Bộ y tế:

- Nghi ngơi trong phòng yên tĩnh ít nhất 5-10 phút, không dùng chất kích thích (cà phê, hút thuốc, rượu bia) trong 2 giờ và không nói chuyện khi đang đo HA.

- Tư thế đo chuẩn: Ngồi ghế tựa, cánh tay duỗi thẳng trên bàn, nếp khuỷu ngang mức với tim. Có thể đo ở các tư thế nằm, đứng trong một số tình huống đặc biệt.

- Sử dụng HA kế thủy ngân, bề dài bao đo tối thiểu 80% chu vi cánh tay, bề rộng tối thiểu 40% chu vi cánh tay. Quấn băng đủ chặt, bờ dưới bao đo trên nếp lằn khuỷu 2cm. Đặt máy ở vị trí để đảm bảo máy hoặc móc 0 của thang đo ngang mức với tim.

- Xác định vị trí động mạch cánh tay để đặt ống nghe. Bơm hơi thêm 30mmHg sau khi không còn mạch đập. Xả hơi với tốc độ 2-3mmHg/nhịp đập. Huyết áp tâm thu (HATT) tương ứng lúc xuất hiện tiếng đập đầu tiên (pha I của Korotkoff) và huyết áp tâm trương (HATr) tương ứng khi mất hẳn tiếng đập (pha V của Korotkoff).

- Đo HA hai cánh tay, chọn trị số HA cao nhất. Nên đo ít nhất hai lần, cách nhau ít nhất 1-2 phút. Nếu số đo HA 2 lần đo chênh nhau trên 10mmHg, cần đo lại sau nghỉ trên 5 phút. Giá trị HA ghi nhận là trung bình của hai lần đo cuối cùng. Không làm tròn trị số quá hàng đơn vị và thông báo kết quả cho người được đo.

Chẩn đoán THA khi HATT \geq 140 mmHg và/ hoặc HATr \geq 90 mmHg (WHO-ISH, 2003).

Xử lý số liệu

Các số liệu thu thập được mã hoá, nhập, quản lý và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 18.0. Sử dụng test Chi bình phương và t-test để so sánh các đặc tính của bệnh nhân và các số liệu liên quan. Phân tích đa biến hồi quy logistic được tiến hành để tính các yếu tố nguy cơ đến tình trạng THA tồn tại. Với khoảng tin cậy (CI 95%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê nếu $p \leq 0,05$.

3. Kết quả

Bảng 1. Tỷ lệ TSG.

Năm	Tổng số sinh	TSG	Tỷ lệ
2016	9541	436	4,6%
2017	4968	191	3,8%

Tỷ lệ TSG trong năm 2016 là 4,6%, năm 2017 là 3,8%.

Bảng 2. Đặc điểm chung của sản phụ TSG.

Đặc điểm	TSG		Trị số p
	TSG n = 45 (49%)	TSG nặng n = 46 (51%)	
Tuổi mẹ			
16-24	14 (40,0)	21 (60,0)	
25-35	23 (59,0)	16 (41,0)	0,259
>35	8 (47,1)	9 (52,9)	
Trung bình	28,87 \pm 6,73	26,80 \pm 7,61	0,175
Tiền sử sản khoa			
Con sơ	20 (47,6)	22 (52,4)	0,764
Con ra	25 (51,0)	24 (49,0)	
Dân tộc			
Kinh	18 (52,9)	16 (47,1)	0,607
Thiếu số	27 (47,4)	30 (52,6)	
Địa chỉ			
Thành thị	12 (52,2)	11 (47,8)	0,763
Nông thôn	33 (48,5)	35 (51,5)	
Nghề nghiệp			
Công chức	4 (40,0)	6 (60,0)	0,236
Nông	33 (47,1)	37 (52,9)	
Nói trợ	8 (72,7)	3 (27,3)	
Tiền sử bệnh nội khoa			
Có	0 (0,0)	2 (100,0)	0,157
Không	45 (50,6)	44 (49,4)	

Tỷ lệ TSG và TSG nặng có tương đương nhau (49% và 51%).

Bảng 3. So sánh chỉ số HA và xét nghiệm lúc nhập viện, xuất viện và sau 12 tuần hậu sản

Chỉ số	Nhập viện	Xuất viện	Sau 12 tuần	Giá trị p		
				Nhập - xuất viện	Nhập viện - sau 12 tuần	
HATT (mmHg)	Trung bình	161,32 \pm 23,91	123,41 \pm 9,45	124,84 \pm 19,51	<0,001	<0,001
	\geq 160	44 (48,4)	0 (0,0)	7 (7,7)		
	140-160	47 (51,6)	6 (6,6)	18 (19,8)		
	<140	0 (0,0)	85 (93,4)	66 (72,5)		
HATr (mmHg)	Trung bình	102,97 \pm 14,02	78,24 \pm 6,60	77,91 \pm 12,25	<0,001	<0,001
	\geq 110	28 (30,8)	0 (0,0)	4 (4,4)		
	90-110	61 (67,0)	11 (12,1)	19 (20,9)		
	<90	2 (2,2)	80 (87,9)	68 (74,7)		
Protein niệu	Âm tính	0 (0,0)	62 (68,1)	63 (69,2)	0,009	0,011
	Vết	28 (30,8)	13 (14,3)	7 (7,7)		
	1+	21 (23,1)	7 (7,7)	15 (16,5)		
	2+	22 (24,2)	6 (6,6)	5 (5,5)		
	3+	20 (22,0)	3 (3,3)	1 (1,1)		
Tiểu cầu (mm ³)	Trung bình	186,38 \pm 77,33	178,34 \pm 79,94	194,76 \pm 61,47	0,228	0,268
	\geq 100	79 (86,8)	79 (86,8)	91 (100,0)		
	<100	12 (13,2)	12 (13,2)	0 (0,0)		

Chỉ số		Nhập viện	Xuất viện	Sau 12 tuần	Giá trị p	
					Nhập - xuất viện	Nhập viện - sau 12 tuần
AST (U/L)	Trung bình	42,67±65,71	34,77±51,02	23,59±6,79	0,024	0,005
	Khoảng tứ vị	20-25-33	20-22-35	19-22-25		
	≥50	15(16,5)	15(16,5)	0(0,0)		
	<50	76(83,5)	76(83,5)	91(100,0)		
ALT (U/L)	Trung bình	22,18±24,49	20,37±17,64	15,07±5,09	0,143	0,003
	Khoảng tứ vị	10-15-21	11-15-21	11-15-18		
	≥50	8(8,8)	5(5,5)	0(0,0)		
	<50	83(91,2)	86(94,5)	91(100,0)		
Creatinin (μmol/L)	Trung bình	70,05±29,91	63,93±21,66	62,53±28,03	0,007	0,003
	≥110	9(9,9)	3(3,3)	8(8,8)		
	<110	82(90,1)	88(96,7)	83(91,2)		

Chỉ số trung bình của HATT và HATT_r thấp đáng kể sau 12 tuần hậu sản (p<0,001). Chỉ số trung bình protein niệu, men gan, tiểu cầu, creatinin đều cải thiện rõ khi nhập viện cho đến khi xuất viện và sau 12 tuần hậu sản, p<0,05).

Bảng 4. Liên quan các chỉ số xét nghiệm lúc vào viện, đặc điểm của sản phụ với THA tồn tại.

CÁC YẾU TỐ	RR	KTC(95%)	p
Dân tộc	0,724	0,27-1,92	0,273
PARA	0,563	0,22-1,45	0,232
Nhóm TSG (TSG nặng- TSG)	0,74	0,29-1,87	0,522
Nhóm protein niệu lúc vào viện	0,36	0,12-1,01	0,047
Nhóm AST lúc vào viện	3,97	1,26-12,5	0,014
Nhóm ALT lúc vào viện	2,95	0,67-12,8	0,135
Nhóm TC lúc vào viện	0,72	0,20-2,66	0,625
Nhóm creatinin lúc vào viện	6,62	1,51-29,0	0,006

Nồng độ AST và creatinin lúc nhập viện là yếu tố liên quan đến tình trạng THA tồn tại, lần lượt giá trị p<0,014 và p<0,006.

4. Bàn luận

Nghiên cứu đã xác định được tỷ lệ THA tồn tại sau sinh của 91 sản phụ có TSG tại thời điểm nhập viện sinh là 27,5% (25/91 trường hợp) (bảng 1). Tỷ lệ này cũng phù hợp với các nghiên cứu trên thế giới, theo Sibai tỷ lệ THA tồn tại sau TSG dao động từ 0,3-27%. Tuy nhiên theo nghiên cứu của Emmanuel khi đánh giá các yếu tố liên quan đến THA sau sinh tại Uganda cho thấy tỷ lệ THA tồn tại tương tự như nghiên cứu của chúng tôi là 27% (54/195 trường hợp) [8].

Tỷ lệ TSG và TSG nặng trong nghiên cứu chúng tôi (bảng 2) gần tương đương nhau (49% và 51%). Mối liên hệ giữa các đặc điểm dân tộc, tiền sử sản khoa, địa chỉ, nghề nghiệp, tiền sử bệnh và nhóm TSG không có ý nghĩa thống kê (p>0,05). Theo

Sibai, tỷ lệ TSG cũng không khác nhau giữa con rạ và con so, trong một nghiên cứu tác giả Sibai [6], [7] kết quả cho thấy TSG ở lần mang thai trước có tỷ lệ bị TSG lại cao hơn nhóm chứng (46% so với 7%, p<0,0001), tỷ lệ THA mãn cũng cao hơn đáng kể trong nhóm này (14,8% so với 5,6%, p<0,001).

Theo một số tác giả [8], [9], [10], HA của sản phụ TSG sau sinh bị TSG thường trở về bình thường sau 6 tuần hậu sản (hoặc trước 12 tuần hậu sản). Đó là lý do nên đánh giá HA sau 12 tuần hậu sản để theo dõi tình trạng THA tồn tại. Vì vậy, các nghiên cứu của Sibai kéo dài 7 năm để đưa ra được tỷ lệ THA mạn về sau. Một số nghiên cứu cho thấy có liên quan giữa TSG sớm và khả năng tiến triển thành THA mạn. Một số nghiên cứu [12], [13], [15] cho thấy trong số sản phụ bị TSG lúc sinh có khoảng 10% tiến triển thành THA mãn và 2% mắc bệnh thận mãn dù protein niệu lúc sinh ở dạng vết (trace), điều này càng nhấn mạnh tầm quan trọng việc theo dõi bệnh thận tiến triển và TSG cho những lần mang thai tiếp theo ở những bệnh nhân này.

Để đánh giá hiệu quả điều trị (bảng 3), chúng tôi lấy kết quả trung bình từng nhóm để so sánh ở thời điểm lúc nhập viện, khi xuất viện và sau 12 tuần. Kết quả cho thấy chỉ số trung bình HATT và HATT_r thấp đáng kể, p<0,001. Tương tự, số trường hợp protein niệu lúc nhập viện 3(+) sau 12 tuần chỉ còn 1 bệnh nhân, p<0,011. Chỉ số trung bình tiểu cầu không khác biệt đáng kể (p=0,268). Các chỉ số AST, ALT, creatinin đều cải thiện rõ sau 12 tuần hậu sản (p<0,05). Như vậy, các chỉ số đều giảm xuống an toàn khi xuất viện nhưng dường như về bình thường sau 12 tuần hậu sản.

Khi phân tích yếu tố nguy cơ từ các chỉ số xét nghiệm lúc vào viện và đặc điểm của sản phụ với tình trạng THA tồn tại sau 12 tuần (bảng 4). Kết quả cho thấy chỉ số AST và creatinin lúc nhập viện là yếu tố nguy cơ cho THA tồn tại sau 12 tuần hậu sản. Phát hiện này tương nghiên cứu của Emmanuel [8], cho thấy có mối liên quan của nồng độ creatinin máu lúc nhập viện và tình trạng THA mãn (p=0,001), tuy nhiên nghiên cứu này không đề cập đến chỉ số AST, và các bệnh lý gan mãn trên nhóm sản phụ này. Hiện nay, các nghiên cứu trong nước cũng chưa thống kê rõ ràng về vấn đề này, mặc dù biết rằng các sản phụ có rối loạn

THA trong thai kỳ có thể để lại biến chứng lâu dài về sau nhưng chưa nhiều báo cáo cụ thể. Trên thế giới, vấn đề này đã chú trọng thể hiện qua các nghiên cứu của Sibai [5], [6], [7], các hướng dẫn của ACOG [3], SOGC [15]. Một nghiên cứu của Sibai [7] theo dõi gần 10 năm cho 125 sản phụ TSG nặng, khởi phát sớm, có 44 (35%) trường hợp xuất hiện THA mãn. Trong đó có 2 trường hợp tử vong, 2 trường hợp khác suy thận giai đoạn cuối, tỷ lệ TSG-SG lặp lại xuất hiện các biến chứng này cao hơn với những trường hợp chỉ bị TSG 1 lần (67% so với 4%, $p < 0,0001$).

Trong một nghiên cứu của Nisell và cộng sự [12], kết quả cho thấy yếu tố có albumin trong

nước tiểu có sự liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng THA tồn tại ($p = 0,00017$). Một số nghiên cứu khác cũng đã cho thấy mối liên quan chặt chẽ giữa nồng độ creatinin huyết thanh cao khi nhập viện và nguy cơ THA mãn về sau.

5. Kết luận

Tỷ lệ THA tồn tại sau sinh là 27,5%. Việc theo dõi lâu dài cho những sản phụ này là vô cùng cần thiết để tránh những biến chứng về sau liên quan đến TSG. Các xét nghiệm sinh hóa như AST, creatinin máu giúp ích trong vấn đề tiên lượng và theo dõi THA tồn tại ở nhóm bệnh nhân này.

Tài liệu tham khảo

1. Bệnh viện Từ Dũ (2015), "Tăng huyết áp trong thai kỳ", Phác đồ điều trị Sản phụ khoa, tr. 79-88.
2. Bộ y tế (2015), "Tiền sản giật - Sản giật", Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Sản phụ khoa, tr. 29-34.
3. ACOG (2014), "The American college of Obstetricians and Gynecologists", Hypertension in Prenancy.
4. Annetee Nakimuli, Alison M. Elliott, Pontiano Kaleebu, Ashley Moffett, Florence Mirembe (2013), Hypertension Persisting after Pre-Eclampsia: A Prospective Cohort Study at Mulago Hospital, Uganda, Plosone, Volume 8, Issue 12, e85273.
5. Baha M. Sibai (2012), "Etiology and management of postpartum hypertension-preeclampsia", Am J Obstet Gynecol.
6. Baha M Sibai, Severe preeclampsia-eclampsia in young primigravid women: Subsequent pregnancy outcome and remote prognosis, DOI: 10.1016/0002-9378(86)90336-4
7. Baha M Sibai, Severe preeclampsia in the second trimester: Recurrence risk and long-term prognosis, DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0002-9378\(12\)90773-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0002-9378(12)90773-5)
8. Emmanuel B Ndayambagye, Miriam Nakalembe, Dan K Kaye (2010), "Factors associated with persistent hypertension after puerperium among women with preeclampsia/ eclampsia in Mulago hospital", Uganda, Ndayambagye et al, BMC Pregnancy and Childbirth, 10:12 <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/10/12>.
9. Fred A English, Louise C Kenny, Fergus P McCarthy (2015), "Risk factors and effective management of preeclampsia", Integrated Blood Pressure Control, 8: 7-12.
10. Kate Bramham, Catherine Nelson-Piercy, Morris J Brown, Lucy C Chappell (2013), "Postpartum management of hypertension", BMJ, Volume 346.
11. Manju Chandiramani, Andrew Shennan, Jason Waugh (2007), "Modern management of postpartum Hypertension", Trends in Urology Gynaecology & Sexual Health.
12. Nisell H, Lintu H, Lunell NO, Möllerström G, Pettersson E. Blood pressure and renal function seven years after pregnancy complicated by hypertension, Br J Obstet Gynaecol. 1995 Nov;102(11):876-81
13. Praveen Kumar, Jai Bhagwan Sharma (2010), "Hypertensive Disorders in Pregnancy", JIMSA, Vol. 23, No. 4.
14. Rachael P. James, Catherine Nelson-Piercy (2004), "Management of hypertension before, during and after pregnancy", Heart, 90: 1499-1504.
15. SOGC (2014), "The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada", Diagnosis, Evaluation, and Management of the Hypertensive Disorders of Pregnancy: Executive Summary, No. 307 (Replaces No. 206, March 2008).
16. WHO, International Society of Hypertension (ISH) statement on management of Hypertension, Journal of hypertension 2003.