NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG HELLP TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

Nguyễn Hữu Hồng*, **Lê Minh Toàn***, **Trần Mạnh Linh****
Phạm Văn Tự*, **Lý Thanh Trường Giang***

Tóm tắt

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của hội chứng HELLP. Đánh giá kết quả điều trị hội chứng HELLP. ***Phương pháp*** Tiến hành nghiên cứu theo phương pháp mô tả cắt ngang, tiến cứu trên 61 trường hợp có hội chứng HELLP theo tiêu chuẩn của trường đại học Mississippi, Tennessee từ 03/2011- 06/2012. ***Kết quả:*** Các triệu chứng lâm sàng điển hình là nhức đầu (62,3%), đau vùng thượng vị 29,5%), nước tiểu đỏ đậm (13,1%). Chỉ số cận lâm sàng lúc nhập viện: Tiểu cầu 114,6±13,7 x 10^9/dl, SGOT 198,5±94,04 U/l, SGPT 110,3±52,4 U/l, LDH 681,7±149,8 UI/L. Kết quả điều trị: Tỷ lệ tử vong mẹ 3,3%, Số trẻ sống 75,41%, Tỷ lệ chấm dứt thai kỳ bằng mổ lấy thai 67,9 %, Các chỉ số sinh hóa, huyết học trở về bình thường trước khi ra viện. ***Kết luận:*** Nghiên cứu trên 61 bệnh nhân có hội chứng HELLP cho thấy các chỉ số tiểu cầu, SGOT, SGPT và LDH là những chất chỉ điểm quan trọng trong chẩn đoán và tiên lượng đáp ứng điều trị. Nếu tuổi thai từ 27 tới 34 tuần hầu hết tác giả sử dụng một đợt điều trị corticosteroid để hỗ trợ trưởng thành phổi, có thể dùng 2 liều 12 mg dexamethasone (Dexaron) cách nhau 12 giờ trước khi sinh. Tuy nhiên, chưa có đủ bằng chứng lâm sàng về phác đồ điều trị corticosteroid chuẩn ở hội chứng HELLP. Nên tránh điều trị corticosteroid liều cao và lập lại vì lo ngại những tác dụng phụ lâu dài trên não thai nhi. Tại khoa Phụ Sản bệnh viện Trung ương Huế, từ 3/2011 đến 6/2012 có 61 trường hợp được chẩn đoán hội chứng HELLP toàn phần và bán phần, tất cả các trường hợp này đều rất nặng và điều trị kéo dài, t = 10,1 +/- 1,46 ngày (4 – 46 ngày). Cần có sự phối hợp chặt chẽ giữa các chuyên khoa như sản khoa, gây mê hồi sức, huyết học, nhi sơ sinh để cùng phối hợp điều trị trong trường hợp điều trị bảo tồn ở các tuổi thai nhỏ hơn 34 tuần.

Abstract:

Study on clinical, subclinical issues and efficacy of hellp syndrome management at Hue central hospital

Objectives: To study clinical, subclinical issues of HELLP syndrome and to assess the efficacy of HELLP syndrome management. ***Patients & Methods:*** We performed a prospective cross-sectional study between March- 2011 and June-2012 on 61 patients who were diagnosed

HELLP syndrome by the Mississippi or Tennesse Triple-class HELLP System. ***Results:*** The typical symptoms were headaches (62,3%), "band pain" around the upper abdomen (29,5%), and severe red urine (13,1 %). Laboratorial parameters at admission: Platelet 114,6±13,7′ 10^9/dl, SGOT 198,5±94,04 U/l, SGPT 110,3±52,4 U/l, LDH 681,7±149,8 UI/L. The efficacy of management: mother mortality was 3,3%, 75,41% of babies survived. Proportion of caesarean was 67,9%. ***Conclusion:*** Study on 61 HELLP syndrome patients showed that the laboratorial parameters such at Platelet count, SGOT, SGPT and LDH were important factors in diagnosis and prognosis of the treatment effects. If gestational age from 27 to 34 weeks, most authors use a corticosteroid treatment to mature fetus lung.The recommended regimens of corticosteroids for the enhancement of fetal pulmonary maturity are (12 mg intramuscularly every 24 hours, 2 doses) dexamethasone. However, there is not enough clinical evidence to standard corticosteroid therapy in HELLP syndrome. The use of high-dose and repeat corticosteroid should be considerable to avoid long-term side effects on fetal brain. From 3/20111 to 6/2012, 61 cases were transferred to Osbtetrics and Gynecology of hospital center due to complete and incomplete HELLP syndrome. All of cases were in severe condition and taking a long time to heal, t =10,1 +/- 1,46 (min 4- max46). Needed the close co-ordination of those specialties such as obstetric-gynecology, anesthetic, hematology and new-born pediatrics to treat those cases less than 34 weeks of gestation.

**Khoa Phụ sản Bệnh viện Trung ương Huế, **Bộ môn Phụ Sản Đại học YD Huế.*

Đặt vấn đề

Hội chứng HELLP (Hemolysis, Elevated Liver enzymes, and Low Platelet count) là một biến chứng sản khoa nặng, mặc dù tần suất gặp không cao, nhưng khi đã xảy ra thì nguy cơ đe dọa tính mạng sản phụ rất cao. Tỷ lệ hội chứng HELLP thay đổi theo từng vùng, theo thống kê trên Cochrane từ 2002 đến 2008 tỷ lệ này từ 0,5 – 0,9% trong thai kỳ [11], [17]. Tỷ lệ này tại California vào khoảng 0.2 – 0.6% [16] và tăng lên 10% trong sản giật và 10 - 20% trong trường hợp tiền sản giật nặng [11]. Nguy cơ sẽ mắc lại bệnh trong lần mang thai kế tiếp với bệnh nhân bị hội chứng HELLP là 19 - 27% và 43% sẽ bị tiền sản giật [5], [16].

Hội chứng HELLP là một trong số các nguyên nhân gây tử vong mẹ, tử vong chu sinh, bên cạnh đó đây cũng là nguyên nhân hàng đầu làm cho thai nhi kém phát triển hoặc chết trong tử cung. Tỷ lệ tử vong ở phụ nữ bị hội chứng HELLP là 1,1% [11], [16], khoảng 34% các trường hợp tử vong sơ sinh trước 32 tuần và 8% sau 32 tuần [11]. Từ 1 - 25% bệnh nhân bị biến chứng nặng như rối loạn đông máu trong lòng mạch, rau bong non, suy gan, suy thận, phù phổi, tụ dưới bao và vỡ gan. Nhiều bệnh nhân phải chuyển các sản phẩm của máu. Tỷ lệ tử vong và bệnh tật trẻ sơ sinh thay đổi từ 10 - 60%, tuỳ theo mức độ nặng của mẹ [5], [16].

Hiện nay, cơ chế bệnh sinh của Hội chứng HELLP chưa được biết rõ và điều trị vẫn còn là một vấn đề khá phức tạp, tiến triển và tiên lượng khó dự đoán vì vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài **"Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị hội chứng HELLP"**, tại

khoa sản Bệnh viện Trung ương Huế với hai mục tiêu sau :

1. Khảo sát đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của hội chứng HELLP.

2. Đánh giá kết quả điều trị hội chứng HELLP.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng: Gồm 61 bệnh nhân đến điều trị tại khoa Phụ sản Bệnh viện Trung ương Huế thoả mãn các tiêu chuẩn Mississippi hoặc Tennessee trong thời gian từ tháng 6/2011 đến tháng 6/2012.

Phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang mô tả.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Các sản phụ mang thai trên 20 tuần. Có các triệu chứng: Hội chứng HELLP điển hình với đầy đủ 3 triệu chứng: Bilirubin máu ≥ 1,2mg/dl, hoặc LDH ≥ 600 UI/L; AST ≥ 70 UI/l; Tiểu cầu ≤ 100 $x10^9$/dl. Hội chứng HELLP không điển hình với một hoặc hai trong 3 triệu chứng của hội chứng HELLP điển hình kết hợp với tiền sản giật nặng [9], [14].

Phân độ hội chứng HELLP

Phân độ	Theo Mississippi	Theo Tennessee
1	Tiểu cầu ≤ 50.000/mL, SGOT/SGPT ≥ 70 IU/L LDH ≥ 600 IU/L	Tiểu cầu ≤ 100.000/uL SGOT/SGPT ≥ 70 IU/L LDH ≥ 600 IU/L
2	Tiểu cầu 50.000/mL – 100.000/mL SGOT/SGPT ≥ 70 IU/L LDH ≥ 600IU/L	
3	Tiểu cầu 100.000/mL – 150.000/mL SGOT/SGPT ≥ 40 IU/L LDH ≥ 600 IU/L	Không phân loại
HELLP không điển hình	Không phân loại	TSG nặng + một trong các dấu chứng sau: ELLP, EL, LP

Tiêu chuẩn loại trừ: Hội chứng xuất huyết giảm tiểu cầu. Đông máu rải rác trong lòng mạch. Hội chứng có kháng thể kháng Phosphlipid.Tăng huyết áp ác tính. Hội chứng tan máu - urê máu cao. Viêm gan nhiễm trùng, nhiễm độc, gan thoái hoá mỡ cấp tính, viêm gan virus. Viêm tụy cấp. Lupus ban đỏ hệ thống [11], [14].

Xử lý số liệu: bằng phần mềm Medcalc phiên bản 11.6.1.

Kết quả và Bàn luận

Bảng 1: Phân bố theo tiền sử sản khoa

Số con	Số trường hợp	Tỷ lệ
Con so	24	39,3%
1 – 4	33	54,1%
> 4	4	6,6%

Tỉ lệ Hội chứng HELLP xảy ra cao nhất ở nhóm con rạ, tất cả các sản phụ này không có tiền sử bị hội chứng HELLP. Tuy nhiên theo Sullivan CA ,với bệnh nhân bị hội chứng HELLP là có 19-27% sẽ mắc lại bệnh trong lần mang thai kế tiếp và 43% sẽ bị tiền sản giật do đó cần tư vấn kỹ cho bệnh nhân.[16]

Bảng 2: Bảng các yếu tố nguy cơ Tiền sản giật

Các yếu tố	Tổng số	Tỉ lệ
Con so	4	7%
Tuổi mẹ ≤18 hoặc ≥ 40	3	5%
Tiền sử TSG	5	8%
Tiền sử bệnh thận	2	3,5%
Thai kém phát triển trong tử cung	2	3,5%
Cao huyết áp mạn tính	4	7%

Theo nghiên cứu chúng tôi các yếu tố nguy cơ tiền sản giật xuất hiện thấp và khó đánh giá trong hội chứng HELLP trong đó tiền sử bị tiền sản giật gặp cao nhất.

Bảng 3: Phân bố các đặc điểm lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng	Số trường hợp	Tỷ lệ
Nhức đầu	38	62,3%
Hôn mê	7	11,5%
Co giật	7	11,5%
Nhìn mờ	9	14,8%
Đau thượng vị	18	29,5%
Nước tiểu đỏ đậm	8	13,1%
Thiểu niệu	7	11,5%
Xuất huyết tự nhiên	4	6,6%

Triệu chứng nhức đầu là triệu chứng thường gặp nhất chiếm tỉ lệ 62,3% tương tự như khảo sát của Kjell Haram là 33-60% [11] , tuy nhiên so với các tác giả khác thì chúng tôi gặp thấp hơn như theo Lê Minh Toàn 100% [3], Nisrine Mamouni 100% [15] , Sibai BM 90% [19], có lẽ do chúng tôi nghiên cứu trên cả HELLP điển hình và không điển hình.

Các triệu chứng như đau thượng vị 29,5%, Rối loạn thị giác 14,8% tương tự như của các tác giả Lê Quang Thanh 17,6 % , 11,8 % [2], Nisrine Mamouni 25% [15], Kjell Haram là 10-20% [11].

Bệnh nhân hôn mê chúng tôi gặp 11,5% là khá cao do tuyến chúng tôi là tuyến 4 nên thường tiếp nhận bệnh nhân nặng ở các tuyến dưới chuyển đến và thường là chuyển muộn nên rất nặng.

Do các triệu chứng ghi nhận nêu trên cũng thường gặp trong bối cảnh của một số bệnh như viêm gan cấp, tắt mật, bệnh lý túi mật, viêm dạ dày ruột, xuất huyết giảm tiểu cầu... do đó chẩn đoán phân biệt cần phải đặt ra [13].

Bảng 4: Bảng phân bố hội chứng HELLP theo TSG

	Tổng số	Tỉ lệ
TSG nhẹ	28	46%
TSG nặng	33	54%

Không có sự khác biệt giữa 2 nhóm tiền sản giật trong nghiên cứu của chúng tôi.

Bảng 5: Phân bố Hội chứng HELLP

HELLP	Lê Quang Thanh 2011		Audibert 1996		Chúng tôi	
	N	%	n	%	N	%
Bán phần	33	64,7	71	51,4	40	65,6
Toàn phần	18	35,3	67	48,6	21	34,4
Total	51	100,0	138	100,0	61	100

Phân bố hội chứng HELLP bán phần và HELLP toàn phần thì tỉ lệ của chúng tôi 65,6 % và 34,4 % tương tự như của tác giả Lê Quang Thanh (2011) là 64,7 % và 35,3 %, nhưng có khác với tác giả Nisrine Mamouni 52,45% và 47,54 % [15].

Bảng 6: Phân độ theo Tiểu cầu

Phân độ	Số trường hợp	Tỷ lệ %
Độ I	10	16,4 %
Độ II	15	24,6 %
Độ III	24	39,3 %
Tổng	49	80,3 %

Theo nghiên cứu chúng tôi thì có 80,3% các trường hợp bị hội chứng HELLP là có giảm tiểu cầu, trong đó gặp cao nhất là nhóm HELLP độ 3. Trong khi đó theo tác giả Lê Minh Toàn thì gặp cao nhất là HELLP độ 2 (50%)[3].

Bảng 7: Thay đổi các chỉ số cận lâm sàng

Cận lâm sàng	Nhập viện	Đình chỉ thai nghén	Xuất viện
SGOT	198,5±94,04	149,3±103,7	39,2±11,9
SGPT	110,3±52,4	88,6±38,8	30,1±5,1
LDH	681,7±149,8	574,3±126	353±24
Tiểu cầu	114,6±13,7	129,9±12,8	173,3±11

Các chỉ số Sinh hóa, Huyết học của chúng tôi là khả quan hơn so với các tác giả Lê Minh Toàn [3]và Ngô Dũng[1] là do chúng tôi nghiên cứu trên cả HELLP bán phần và

HELLP toàn phần. Hầu hết các chỉ số trên gần như về lại bình thường khi xuất viện điều đó cho thấy đình chỉ thai nghén là điều trị tận gốc hội chứng HELLP cũng như bệnh lý Tiền sản giật.

Bảng 8: Phân bố các biến chứng ở sản phụ.

Biến chứng lên mẹ	Haddad	Sibai	Vigil	Lê Quang Thanh	Chúng tôi
	2000	2004	2000	2011	
Số ca HELLP	183	426	86	51	61
Sản giật (%)	6		34,6	13,7	14,8
Nhau bong non (%)	10	9	12	2	2,3
DIC (%)	8	21	5	7,8	6,9
Truyền máu (%)	22	55	29	-	41
Suy thận cấp (%)	5	3	12	13,7	4,9
Phù phổi (%)	10	8	1,1	2	1,6
Xuất huyết não (%)	-	1	1,1	2	3,3
Tử vong mẹ (%)					3,3

Các biến chứng như Nhau bong non 2,3 % , Phù phổi 1,6 % tương tự như tác giả Lê Quang Thanh, nhưng thấp hơn so với một số tác giả Sibai BM 16% và 6%[19], Nisrine Mamouni 5,6% và 13 ,3% [15], Khaled Boudhraa 16% và 6% [12].

Sản giật chúng tôi gặp 14,8 % có thấp hơn so với Vigil 34,6% , Nisrine Mamouni 50-59 % [15].

Biến chứng xuất huyết não, hôn mê, tử vong mẹ chúng tôi gặp có cao hơn so với các tác giả Sibai , Vigil là do bệnh nhân được chuyển từ tuyến dưới lên muộn và nằm trong bối cảnh suy đa phủ tạng rất nặng. Tử vong mẹ trong nghiên cứu chúng tôi là 3,3% là khá cao. Tuy nhiên theo tác giả Nisrine Mamouni tử vong mẹ là 4 %, Khaled Boudhraa 1-5 %.

Bảng 9: Phương pháp chấm dứt thai kỳ

Phương pháp	**Số trường hợp**	**Tỷ lệ**
Sinh thủ thuật	1	1,8
Sinh tự nhiên	17	30,3
Mổ lấy thai đơn thuần	38	67,9
Tổng	56*	100

* 3 trường hợp HELLP sau sinh, 2 TH tử vong mẹ-con.

Tỉ lệ mổ lấy thai của chúng tôi là 67,9% chiếm đa số, theo Khaled Boudhraa là 64%. Theo một số tác giả trong thời gian gần đây thì khuyến cáo cho sinh đường âm đạo bằng cách đánh giá toàn trạng mẹ, tuổi thai, chỉ số Bishop, khởi phát chuyển dạ bằng prostaglandin sẽ tránh được biến chứng cho mẹ hơn [11].

Bảng 10: Phân bố phương pháp vô cảm

Phương pháp	Số trường hợp	Tỷ lệ %
Tiền mê giảm đau	1	2,4 %
Gây tê tủy sống	27	64,3 %
Mê nội khí quản	14	33,3 %
Tổng	*42	100%

*Trong đó có 13 trường hợp sinh thường, 2 tử vong, 4 hậu sản.

Theo Lê Minh Toàn thì gây mê nội khí quản là 80%, Khaled Boudhraa thì Gây mê vẫn là kỹ thuật được sự lựa chọn trong trường hợp của hội chứng HELLP. Theo nghiên cứu của chúng tôi thì Tê tủy sống chiếm ưu thế do chúng tôi điều trị trước mổ khá tốt. Theo khuyến cáo SFAR thì ngưỡng khuyến cáo của tiểu cầu là 75 $\times 10^9$/dl để có thể gây tê vùng và 50 $\times 10^9$/dl để gây tê tủy sống với điều kiện số lượng tiểu cầu ổn định qua nhiều lần xét nghiệm [1].

Bảng 11: Phân bố sử dụng các chế phẩm máu

Chế phẩm	Số trường hợp	Tỷ lệ
Máu tươi đồng nhóm toàn phần	3	12%
Hồng cầu khối đồng nhóm	7	28%
Plasma tươi	14	56%
Tiểu cầu	20	80%
Tổng số trường hợp	25*	

* Một bệnh nhân có thể dùng nhiều chế phẩm máu khác nhau.

Có đến 80% bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là có truyền tiểu cầu cao hơn so với Lê Minh Toàn chỉ 37,5% [3], tuy nhiên đối các chế phẩm khác như máu toàn phần, hồng cầu khối thì chúng tôi sử dụng ít hơn do trong hội chứng HELLP vì biến đổi tiểu cầu là quan trọng. Theo Martin thì có khoản 38 - 93% bệnh nhân có tiếp nhận một số sản phẩm của máu [14], Sibai BM thì có 55% bệnh nhân được truyền máu hoặc chế phẩm của máu [19].

Bảng 12: Tình trạng trẻ chu sinh

	Trường hợp trẻ sống (n=46)			Trường hợp trẻ tử vong (n=15)		
	Tuổi		**Cân nặng**	**Tuổi**		**Cân nặng**
Lê Quang Thanh 2011	34,183±3,5031	Trung bình	1885,37±568,688	27,111±3,1700	Trung bình	944,44±469,338
	26	Min	900	23	Min	500
	40	Max	2800	34	Max	1950
Maria 1997	34,1	Trung bình	1420	29,6	Trung bình	880
	28	Min	605	27	Min	640
	41	Max	3135	36	Max	1700
Chúng tôi	36,022±0,937	Trung bình	2256,522±171,849	30,800±2,896	Trung bình	1400±459,462
	27	Min	1000	20	Min	500
	42	Max	3500	40	Max	3000

Trẻ sơ sinh sống trong nghiên cứu chúng tôi có tuổi thai trung bình và trọng lượng trung bình lớn hơn so với các tác giả Lê Quang Thanh (2011), Maria (1997) như ở bảng 9. Mặc khác ở nhóm trẻ tử vong của chúng tôi cũng có tuổi thai trung bình và cân nặng trung bình lớn hơn hai tác giả trên là do các trường hợp này hoặc là thai cực non hoặc là bệnh nhân nhập viện trong tình trạng muộn và xảy ra các biến chứng nặng như rau bong non, Sản giật, suy đa phủ tạng. Sử dụng corticoid cho những thai ≤ 34 tuần được đặt ra mục đích là để giúp trưởng thành phổi thai nhi [7], [8], [11], [14].

Trong nghiên cứu chúng tôi số trẻ sống chiếm tỉ lệ 75,4%. Có sự đồng thuận là bệnh suất (có thể tới 60%) và tử suất chu sinh (có thể tới 20,4%) tăng đáng kể trong những thai kỳ bị hội chứng HELLP. Tử vong cao chủ yếu là do tuổi thai quá non (dưới 28 tuần), kết hợp với thai suy dinh dưỡng nặng hoặc nhau bong non [11]. Theo Dorel Abramovici thì tỷ lệ tử vong trẻ sơ sinh có tuổi thai lớn hơn 28 tuần là 0% có lẽ điều kiện nuôi dưỡng trẻ sơ sinh cực non tốt nên tỷ lệ tử vong giảm hẳn. Tỷ lệ các biến chứng khác giảm theo tuổi thai như bệnh màng trong tuổi thai dưới 28 tuần tỷ lệ mắc là 78%, từ 18 - 32 tuần tỷ lệ mắc là 42%, từ 33 - 36 tuần tỷ lệ mắc là 15% [6].

Bảng 13: Thời gian điều trị trung bình bệnh nhân hội chứng HELLP

Thời gian điều trị	
Thời gian tối đa	46
Thời gian tối thiểu	4
Thời gian trung bình	10,1 ± 1,46

Theo nghiên cứu chúng tôi thời gian điều trị trung bình là 10,1± 1,46 ngày có dài hơn so với tác giả Lê Quang Thanh là 8,12 +/- 0,359 ngày (2 –14 ngày) [2] là có thể là do những trường hợp điều trị dài ngày ở bệnh nhân HELLP bán phần được phát hiên sớm được điều trị bảo tồn.

Kết luận

Qua nghiên cứu trên 61 bệnh nhân có hội chứng HELLP chúng tôi đưa ra một số kết luận như sau:

-Hội chứng HELLP là một thể đặc biệt nặng của tiền sản giật nặng, nguyên nhân chưa được biết rõ, diễn biến phức tạp tỉ lệ biến chứng cho mẹ và thai nhi cao. Chưa có sự thống nhất trong xử trí, tuy nhiên việc xử trí cần phải đặc ra sớm chủ yếu là ưu tiên mẹ nhưng có chiếu cố đến con. Điều trị tận gốc là chấm dứt thai kỳ sớm khi có thể.

- Tiểu cầu, SGOT, SGPT, LDH máu toàn phần là những chất chỉ điểm có giá trị trong chẩn đoán và tiên lượng.

-Sử dụng corticoide cho những tuổi thai ≤ 34 tuần.

- Cần có sự phối hợp chặt chẽ giữa các chuyên khoa sản, gây mê hồi sức, huyết học, hồi sức cấp cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ngô Dũng, Trần Văn Phùng, Nguyễn Xuân Hiền (2010), "Một số nhận xét qua 7 bệnh nhân phẫu thuật lấy thai có hội chứng HELLP tại bệnh viện Trung ương Huế", Tạp chí Phụ sản, Số 2-3/2010, tr.176-182.
2. Lê Quang Thanh. Xác định tỉ lệ biến chứng của Sản phụ Hội chứng HELLP và yếu tố , tiên lượng nặng tại Bệnh viện Từ Dũ. Bệnh viện Từ Dũ 6/2010-6/2011 .
3. Lê Minh Toàn (2010), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, hiệu quả điều trị hội chứng HEELP tại khoa sản

Bệnh viện Trung ương Huế", Tạp chí Phụ sản, Số 2-3/2010, tr. 72.

4. Baha Sibai, MD. HELLP syndrome,(2012). Sitemap Literature review current through: Apr 2012.
5. Dan Mihu, Nicolae Costin, Carmen Mihaela, Andrada Seicean, Rãzvan Ciortea (2007), "HELLP Syndrome – a Multisystemic Disorder", J Gastrointestin Liver Dis, 16(4). pp 419-424.
6. Dorel Abramovici (1997), "Neonatal outcome insevere preeclampsia at 24 to 36 week' gestation", American Journal of Obstetrics and Gynecolory, 180: PP. 221-225.
7. Isler M.C., Magannb F.F., Rinehartc B.K., Terrone D.A., Martin J.N (2002), "Dexamethasone compared with betamethasone for glucocorticoid treatment of postpartum HELLP syndrome", International Journal of Gynecology and Obstetrics 80: PP. 291–297.
8. James N. Martin, Brad D, Thigpen DO, Carl H. Rose, Julie Cushman (2000), "Maternal benefit of high-dose intravenous corticosteroid therapy for HELLP syndrome", Obstet Gynecol, 189: pp. 830-4.
9. Joelcio Francisco Abbade, José Carlos Peraçoli, Roberto Antonio Araújo Costa, Iracema de Mattos Paranhos Calderon, Vera Therezinha Medeiros Borges, Marilza Vieira Cunha Rudge (2002), "Partial HELLP Syndrome: maternal and perinatal outcome", Sao Paulo Med J/Rev Paul Med, 120(6):180-4.
10. Jonh M.O'Brien (2006), "Dexamethasone, Hellp Syndrome and Study desige" American Journal of Obstetrics and Gynecolory, 195: PP. 13-14.
11. Kjell Haram, Einar Svendsen, Ulrich Abildgaard (2009), "The HELLP syndrome: Clinical issues and management. A Review", BMC Pregnancy and Childbirth 2009, 9(8): doi:10.1186/1471-2393-9-8.
12. Khaled Boudhraa, Mohamed Amine Jellouli, Mohamed Faouzi Gara, (2010). Le HELLP syndrome : A propos de 17 cas et revue de la littérature, La tunisie pp11:30Medicale; Vol 88 (n°07) :pp 497 - 500
13. Lynda J. Solheim, Peter S. Bernstein 92004), "High Dose Corticosteroids in the Treatment of HELLP Syndrome". Medscape Ob/Gyn & Women's Health. 2004;9(1).
14. Martin J.N., Rose C.H., Briery C.B (2005), "Understanding and managing HELLP syndrome: The integral role of aggressive glucocorticoids for mother and child", American Journal of Obstetrics and Gynecology, 195: PP. 914–34.
15. Nisrine Mamouni, Hakima Bougern, Ali Derkaoui, Karima Bendahou, Samira Fakir, Chehrazad Bouchikhi, Hikmat Chaara, Abdelaziz Banani, Moulay Abdelilah Melhouf. Le HELLP syndrome: à propos de 61 cas et revue de la littérature. (2012), The Pan African Medical Journal.
16. Padden MO (1999), "HELLP syndrome: recognition and perinatal management", Am Fam Physician. 1999 Sep 1;60(3):829-839.
17. Rajitha B (2010), "Maternal and Neonatal Outcomes of HELLP Syndrome: A 5 year Retrospective Analysis", Amithyaa – Fernandez Hospital, 4(1): pp.
18. Sibai BM,(1990). The HELLP syndrome

(hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets): much ado about nothing?. Am J Obstet Gynecol. Vol 162(2) pp:311. PubMed.

19. Sibai BM, Ramadan MK, Usta I, Salama M, Mercer BM, Friedman SA.(1993). Maternal morbidity and mortality in 442 pregnancies with hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets (HELLP syndrome). Am J Obstet Gynecol; Vol 169(4) pp :1000. PubMed
20. Sibai BM (2004), "Diagnosis, Controversies, and Management of the Syndrome of Hemolysis, Elevated Liver Enzymes, and Low Platelet Count", Obstetrics and Gynecology, 103 (5):1. pp 981 – 991.