

# NHẬN XÉT VỀ XỬ TRÍ SẢN KHOA VÀ MỘT SỐ BIẾN CHỨNG CỦA THAI PHỤ SẢN GIẬT TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Trần Thị Thu Hương\*, Đặng Thị Minh Nguyệt\*\*

## Tóm tắt:

**Mục tiêu:** Nhận xét về xử trí sản khoa và một số biến chứng của thai phụ sản giật tại BVPSTU trong 3 năm từ 01/01/2008 đến 31/12/2010. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu mô tả trên 81 bệnh án sản giật được nhập viện và điều trị tại viện Phụ sản Trung ương từ 2007 – 2010. **Kết quả:** sản giật xảy ra trước chuyển dạ xử trí sản khoa chủ yếu là mổ lấy thai chủ động chiếm 96,6%. Có 85,7% trong số bệnh nhân sản giật trong chuyển dạ. Tỷ lệ mổ lấy thai trong sản giật tăng từ 88,9% ở năm 2008 lên 100% ở năm 2010, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Thời gian can thiệp sản khoa trước 24 giờ chiếm 76,2%, can thiệp sau 24 giờ chiếm 23,8%. Số bệnh nhân sản giật bị biến chứng khá cao 56,8%. Biến chứng suy thận chiếm tỷ lệ cao 25,9%, cao nhất là biến chứng suy gan 32,1%. Biến chứng liệt nửa người có 1/81 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 1,2%. **Kết luận:** Tỷ lệ mổ lấy thai trong sản giật là 95,5%. Thời gian can thiệp sản khoa sau cơn giật đầu tiên trong vòng 24 giờ chiếm tỷ lệ 76,3%. Sản giật gây biến chứng cho mẹ là 58,6%, biến chứng suy gan chiếm tỷ lệ cao nhất 32,1%. Tỷ lệ tử vong mẹ là 3,7%.

## Abstract:

### **Assessment for obstetric treatment and some complications on preeclampsia pregnancy at the national hospital of obstetrics and gynecology**

**Objectives:** Assessment for obstetric treatment and some complications on pregnant women with preeclampsia at the national hospital of obstetrics and gynecology during 3 years (from 01/01/2008 to 31/12/2010). **Materials and methods:** Retrospective description with 81 preeclampsia medical record, which was hospitalized and treated at the national hospital of obstetrics and gynecology from 2007 - 2010. **Result:** The rate of initiative cesarean section for eclampsia before labor is 96.5%, and this rate is 85.7% among the eclampsia during the labor. The rate of caesarean section for eclampsia increase from 88.9% (2008) to 100% (2010). And this variety has statistical meaning ( $p > 0.05$ ). The time of obstetric intervention before 24h occupies 76.2%, and the time after 24h occupies 23.8%. The rate of complication of patients with eclampsia is rather high (56.8%). Kidney failure occupies a high rate (25.9%),

and liver failer make up the highest rate (32.1%). 1/81 patients acquired hemiplegia (1.2%).

**Conclusion:** The rate of cesarean section for eclampsia is 77.8%. The time of obstetric intervention after the first convulsion during 24h occupies 76.3%. The complication of the patients with eclampsia is 58.6%, liver failer get the highest rate up to 32.1%. The maternal mortality with eclampsia is 3.7%.

**Keywords:** eclampsia. Obstetric treatment.

\*Trường ĐHKTYT Hải Dương, \*\* Đại học Y Hà Nội

### Đặt vấn đề

Sản giật (SG) là một biến chứng thường gặp nhất của hội chứng tiền sản giật. Hiện nay mặc dù có nhiều tiến bộ trong phát hiện và quản lý thai nghén nói chung và thai nghén nguy cơ cao nói riêng song đây vẫn là một trong năm tai biến mà ngành sản khoa đang cố gắng phấn đấu giảm dần vì có thể gây tử vong cho mẹ và thai nhi. Với mong muốn tham gia vào việc phòng và hạn chế biến chứng sản giật chúng tôi tiến hành đề tài với mục tiêu:

Nhận xét về xử trí sản khoa và một số biến chứng của thai phụ sản giật tại BVPSTU trong 3 năm từ 01/01/2008 đến 31/12/2010.

### Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu trên 81 bệnh án sản giật được nhập viện và điều trị tại viện Phụ sản Trung ương từ 2007 – 2010.

### Kết quả

#### Thái độ xử trí sản khoa trong sản giật

**Bảng 1: Thái độ xử trí sản khoa với sản giật**

	n	%
<b>SG trước chuyển dạ (n = 59)</b>		
Mổ lấy thai chủ động	57	96,6
Gây chuyển dạ	2	3,4
Chuyển dạ tự nhiên	0	0
<b>SG trong chuyển dạ (n = 7)</b>		
Mổ lấy thai	6	85,7
Đẻ forceps	0	0
Đẻ thường	1	14,3

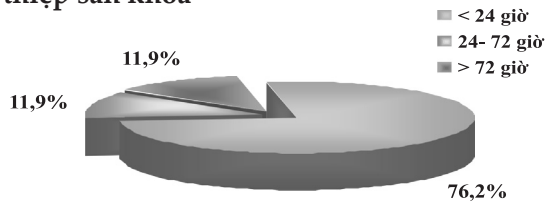
Trường hợp SG xảy ra trước chuyển dạ chủ yếu là mổ lấy thai chủ động 96,6%.

**Bảng 2: Phân bố tỷ lệ mổ lấy thai trong SG theo năm (với SG trước và trong chuyển dạ)**

Mổ lấy thai	2008		2009		2010		p
	n	%	n	%	n	%	
Có	16	88,9%	23	95,8	24	100	> 0,05
Không	2	11,1	1	4,2	0	0	
<b>Tổng</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	

Tỷ lệ mổ lấy thai trong sản giật tăng từ 88,9% ở năm 2008 lên 100% ở năm 2010, cả 3 năm là 63/66 (95,5%).

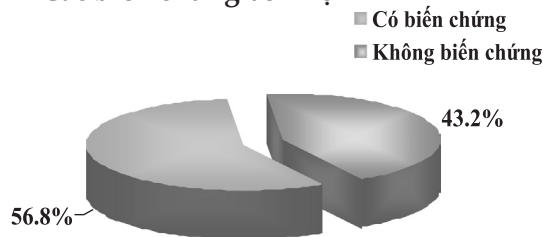
**Thời gian từ lúc lên cơn giật đến lúc can thiệp sản khoa**



**Biểu đồ 1:** Thời gian từ lúc lên cơn giật đến lúc can thiệp sản khoa

Thời gian can thiệp sản khoa trước 24 giờ là 76,2%, can thiệp sau 24 giờ 23,8%.

**Các biến chứng với mẹ**



**Biểu đồ 2.** Tỷ lệ mắc biến chứng của mẹ  
Số bệnh nhân sản giật bị biến chứng khá cao 56,8%.

**Bảng 3:** Mô tả biến chứng đối với mẹ

Loại biến chứng	n	%
Suy thận (Creatinin >106µmol/l)	23	28,4
Chảy máu sau đẻ	7	8,6
Suy gan (SGOT và SGPT > 70UI/l)	26	32,1
Rau bong non	6	7,4
Rối loạn ý thức	9	11,1
Dạ phủ phổi cấp - phủ phổi cấp	0	0
Liệt nửa người	1	1,2
Tử vong mẹ	3	3,7
<b>Tổng số</b>	<b>81</b>	<b>100</b>

Biến chứng suy thận chiếm tỷ lệ cao 25,9%, cao nhất là biến chứng suy gan 32,1%. Biến chứng liệt nửa người có 1/81 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 1,2%.

**Bàn luận**

**Thái độ xử trí sản khoa trong sản giật**

Với SG trước chuyển dạ chúng tôi nhận thấy tỷ lệ mổ lấy thai chủ động chiếm 96,6%, chỉ có 2 (3,4%) người bệnh được gây chuyển dạ, không có trường hợp nào để chờ chuyển dạ tự nhiên. Trong nghiên cứu của chúng tôi những trường hợp gây chuyển dạ đều là những trường hợp tình trạng người mẹ không quá nặng, thai non tháng khó có khả năng sống. Có 76,3% người bệnh SG khi chưa có dấu hiệu chuyển dạ được can thiệp sản khoa trước 24 giờ. Tỷ lệ này vẫn còn thấp vì hiện nay các tác giả đều khuyến cáo nên chấm dứt thai kỳ trước 24 giờ sau cơn giật đầu tiên [8]. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ can thiệp sản khoa trước 24 giờ vẫn còn thấp là do đa số bệnh nhân được chuyển từ bệnh viện ở các tỉnh khác đến. Tỷ lệ can thiệp sản khoa sau 72 giờ vẫn còn khá cao chiếm 11,9 %. Điều này nói lên xu hướng trì hoãn can thiệp sản khoa chờ thai trưởng thành. Tuy nhiên sẽ rất nguy hiểm cho mẹ và thai.

Với SG trong chuyển dạ, tỷ lệ mổ lấy thai của chúng tôi là 85,7%. Tỷ lệ này cao hơn so với Hoàng Văn Việt (2005) là 58,6% [5]. Sự khác biệt này là do những tiến bộ trong lĩnh vực gây mê hồi sức và sơ sinh đã mở rộng chỉ định mổ lấy thai làm cho tỷ lệ mổ lấy thai trong chuyển dạ tăng lên.

Tỷ lệ mổ lấy thai trong SG (với SG trước và trong chuyển dạ) tăng lên theo từng năm. Tỷ lệ này ở năm 2008 là 88,9%, ở năm 2009 là 95,8% và năm 2010 là 100%. Tính chung cả 3 năm thì tỷ lệ này là 95,5%. Điều này phù hợp với xu hướng chung trong điều trị sản giật là nên mổ lấy thai khi thai có khả năng sống được. Hiện

nay các tác giả đều thống nhất nên chấm dứt thai kỳ ngay khi tình trạng sản giật ổn định hoặc dùng các thuốc chống co giật nhưng không kết quả [2].

Chấm dứt thai kỳ được thực hiện không cần tính đến tuổi thai, thường sử dụng phương pháp mổ lấy thai vì tính ưu việt của phương pháp: nhanh chóng, an toàn cho mẹ và thai.

Tuy nhiên cũng có thể chấp nhận được việc đi đường âm đạo nếu các điều kiện của mẹ, thai và sản khoa cho phép một cuộc đẻ kết thúc nhanh. Trong trường hợp này nên khởi phát chuyển dạ trong vòng 12 giờ sau co giật và không nên để chuyển dạ kéo dài quá 12 giờ [2].

Tỷ lệ mổ lấy thai tính chung trong SG là 95,5 %.

*Bảng 4. Tỷ lệ mổ lấy thai trong SG theo một số tác giả*

Tác giả	Thời gian nghiên cứu	Tỷ lệ %
Lê Thiện Thái [44]	1991 - 1995	40
Ngô Văn Tài [3]	2000 - 2003	76,6
Hoàng Văn Việt [55]	1995 - 2004	66,6
Chen và CS [7]	1994 - 1999	79
Ahmed [6]	1999 - 2000	51,6

So với các tác giả trong nước thì tỷ lệ mổ lấy thai của nghiên cứu này cao hơn vì thời gian nghiên cứu của chúng tôi gần đây nên chỉ định mổ lấy thai đã mở rộng hơn do có những tiến bộ trong lĩnh vực gây mê hồi sức. Nếu đã lên con SG với những bệnh nhân mà thai có cơ hội sống được thì nên mổ lấy thai nhất là chưa chuyển dạ vì việc dùng thuốc cắt cơn giật cũng như thuốc chống co giật tái phát sẽ đe dọa đến thai nhi. Mặt khác nếu để con SG xuất hiện lại nguy cơ di chứng cũng như tổn thương tạng đối với mẹ sẽ nặng nề, có thể tử vong, thai nhi có thể sẽ chết lưu. Tỷ lệ mổ lấy thai của chúng tôi cao hơn của Ahmed và tương tự như kết quả của Chen và CS nghiên cứu tại Singapore là nước có nền y học phát triển [6], [5].

**Biến chứng đối với mẹ**

Trong nghiên cứu này tỷ lệ biến chứng với mẹ là 56,8%, cao nhất là biến chứng suy gan chiếm 32,1%, tiếp đến là biến chứng suy thận, rối loạn ý thức, chảy máu sau đẻ, rau bong non, tử vong mẹ, liệt nửa người với tỷ lệ tương ứng là 28,4%; 11,1%; 8,6%; 7,4%;

3,7%; 1,2%. Tỷ lệ biến chứng của chúng tôi thấp hơn tỷ lệ biến chứng của Ngô Văn Tài (2003) là suy gan (96,6%); suy thận (87,6%); chảy máu não màng não (3%); rối loạn đông máu (22%); phù phổi cấp (0%), rối loạn ý thức (6%) [3]. Nhờ những tiến bộ trong điều trị SG những năm gần đây đã hạn chế được các biến chứng.

Có 3 (3,7%) trường hợp tử vong trong đó 1 bệnh nhân là sản giật sau đẻ, 2 bệnh nhân là sản giật trước chuyển dạ. Bệnh nhân thứ nhất là sản phụ 37 tuổi, mang thai lần đầu, được chuyển đến viện với chẩn đoán là thai 28 tuần TSG nặng. Bệnh nhân được điều trị tại viện với thuốc hạ áp, dự phòng co giật bằng Magnesium sulfat nhưng huyết áp vẫn dao động từ 150/100mmHg đến 180/110mmHg. Trong quá trình điều trị bệnh nhân luôn xuất hiện triệu chứng đau đầu, có phù nặng (bệnh nhân có dịch cổ chướng). Các chỉ số sinh hóa máu cho thấy men gan, ure, creatinin trong giới hạn bình thường, tiểu cầu 227.000/mm<sup>3</sup> máu, protein niệu 17g/l, protein máu 52g/l, albumin máu

26g/l. Sau 1 tuần điều trị không kết quả bệnh nhân được gây chuyển dạ bằng oxytocin. Đẻ thường, sau 20 phút bệnh nhân xuất hiện một cơn co giật toàn thân và hôn mê, huyết áp lúc co giật là 200/110mmHg. Mặc dù đã được dùng thuốc hạ áp, chống co giật bằng Magnesium sulfat và Diazepam, truyền đạm, lợi tiểu nhưng bệnh nhân vẫn tử vong. Trường hợp này cho thấy chúng ta nên cảnh giác với sản giật sau đẻ, đặc biệt 6 giờ đầu sau đẻ có thể gây những biến chứng rất nặng. Bệnh nhân có thể tử vong do suy đa tạng, do xuất huyết não. Tuy nhiên do không mổ tử nên nguyên nhân chính xác của tử vong vẫn chưa được khẳng định chắc chắn.

Hai trong số 3 bệnh nhân tử vong là sản giật trước chuyển dạ. Cả 2 bệnh nhân này đều không khám thai, xuất hiện co giật tại nhà và đến viện trong tình trạng đã hôn mê. Điều này cho thấy tầm quan trọng của việc quản lý thai nghén phát hiện và chẩn đoán sớm TSG sẽ làm giảm được biến chứng SG.

### Kết luận

- Tỷ lệ mổ lấy thai trong SG là 95,5%. Thời gian can thiệp sản khoa sau cơn giật đầu tiên trong vòng 24 giờ chiếm tỷ lệ 76,3%.
- Sản giật gây biến chứng cho mẹ là 58,6%, biến chứng suy gan chiếm tỷ lệ cao nhất 32,1%. Tỷ lệ tử vong mẹ là 3,7%.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Văn Oánh, Nguyễn Anh Động, Chu Văn Tiến và CS (1997) "Nhận xét 29 ca sản giật tại bệnh viện phụ sản Nam Định 3 năm (1994 - 1996)", *Nội san sản phụ khoa*, 40 - 44.
2. Ngô Văn Tài (2001), "Nghiên cứu một số yếu tố tiên lượng trong nhiễm độc thai nghén", *Luận án tiến sĩ Y học*. Chuyên ngành phụ sản. Hà nội năm 2001.
3. Ngô Văn Tài (2003), "Những yếu tố tiên lượng cho thai phụ và thai nhi trong sản giật", *Tạp chí nghiên cứu Y học* 24 (4), 63 - 68.
4. Lê Thiện Thái (1999), "Nhận xét qua 83 bệnh án sản giật tại Viện Bảo vệ Bà mẹ và Trẻ sơ sinh năm 1991 - 1995", *Tạp chí thông tin Y dược*, Số chuyên đề sản phụ khoa, 149 - 152.
5. Hoàng Văn Việt (2005), "Nghiên cứu tình hình sản giật tại một số bệnh viện ở Hà Nội trong 10 năm từ 01/01/1995 đến 31/12/2004", *Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II chuyên ngành phụ sản*.
6. Ahmed R. (2004), "Magnesium sulfat as an anticonvulsant in the management of eclampsia", *J Coll Physicians Surg Park, Oct*, 14 (10): 605 - 607.
7. Chen CY., Kwek K., Tan KH., Yeo GS. (2003), "Our experience with eclampsia in Singapore", *Singapore Med J*, Feb, 44(2): 88 - 93.
8. Zwart JJ, Richters A, Ory F, et al. (2008), "Eclampsia in the Netherlands". *Obstet Gynecol*; 112: 102 - 109.