

# MÔ TẢ ĐẶC ĐIỂM CỦA HỘI CHỨNG HELLP TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Lê Hoàng

Bệnh viện Phụ Sản Trung ương

## Tóm tắt

**Mục tiêu:** mô tả đặc điểm lâm sàng của hội chứng HELLP ở những thai phụ bị tiền sản giật từ năm 2001 – 2010. **Đối tượng và Phương pháp nghiên cứu:** Phương pháp nghiên cứu hồi cứu mô tả, dựa trên 180 hồ sơ bệnh án của các thai phụ đã được chẩn đoán TSG/SG có biến chứng hội chứng HELLP điều trị tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ năm 2001- 2010. **Kết quả:** Tỷ lệ con ra gặp hội chứng HELLP cao hơn con so. Tiền sử nội khoa chiếm tỷ lệ cao nhất là tiền sử THA 63,6%. Có 34 trường hợp thai phụ có tiền sử sản khoa liên quan trong đó tỷ lệ tiền sử TSG/SG lần mang thai trước là 52,9%. Dấu hiệu đau đầu chiếm tỷ lệ cao 71,1%. Rối loạn thị giác: chỉ có 33,3% thai phụ có biểu hiện nhìn mờ. Tỷ lệ 36,7% thai phụ có dấu hiệu nôn-buồn nôn kèm theo. Đặc điểm đau vùng gan hay hạ sườn phải: là dấu hiệu của nguy cơ tụ máu dưới bao gan chiếm tỷ lệ 34,4%. Huyết áp: THA chủ yếu độ 2 và 3 chiếm tỷ lệ 76,1%; HA tâm thu thấp nhất là 140 mmHg tỷ lệ 26,7%, cao nhất 220 mmHg tỷ lệ 4,4%; HA tâm thu trung bình 159,75 ± 20,03 mmHg. HA tâm trương thấp nhất là 90 mmHg tỷ lệ 25%, cao nhất 170 mmHg tỷ lệ 0,6%. HA tâm trương trung bình 103,94 ± 13,59. Về đặc điểm phù: có 98,3% thai phụ có biểu hiện phù, phù nặng chiếm tỷ lệ 68,9%. **Kết luận:** Tỷ lệ con ra gặp hội chứng HELLP cao hơn con so. Tiền sử nội khoa tăng THA 63,6%; TSG/SG lần mang thai trước là 52,9%. Dấu hiệu đau đầu 71,1%. Rối loạn thị giác 33,3%; Đau vùng gan 34,4%. THA độ 2 và 3 chiếm tỷ lệ 76,1. Có 98,3% thai phụ có biểu hiện phù, phù nặng chiếm tỷ lệ 68,9%. **Từ khóa:** lâm sàng, hội chứng HELLP.

## Abstract

**TO DESCRIBE THE CLINICAL FEATURES OF THE HELLP SYNDROME AT THE NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY**

**Objective:** To describe the clinical features of HELLP syndrome in pregnant women with pre-eclampsia in 2001-2010. **Subjects and Methods Research:** Methods Retrospective descriptive study, based on 180 patient records judgment of the pregnant woman is diagnosed with preeclampsia/eclampsia complicated by HELLP syndrome treated at the Central Obstetrics Hospital in 2001-2010. **Results:** the percentage of children experiencing chickenpox HELLP higher numbers. Medical history of the highest percentage is 63,6% a history of hypertension. There are 34 cases of pregnant women with a history of obstetric related in history that rate TSG/SG previous pregnancy was 52,9%. Signs headache high percentage of 71,1%. Visual disturbances: only 33,3% of pregnant women have expressed blurred vision. 36,7% Percentage of women with signs - nausea accompanied by vomiting. Characteristics of pain in the right upper quadrant liver: an indication of the risk of hepatic subcapsular hematoma 34,4%. Blood pressure: Hypertension is mainly between 2 and 3 percentage 76,1%; SBP is 140 mmHg lowest rate of 26,7%, the highest rate of 4,4% of 220 mmHg; Average systolic 159,75 ± 20,03 mmHg. DBP is 90 mmHg lowest rate of 25%, the highest rate of 0,6% of 170 mmHg. DBP average 103,94 ± 13,59. Consistent characteristics: there are 98,3% women with edema, severe compliance percentage 68,9%. The rate of children experiencing chickenpox HELLP higher numbers. Medical history of hypertension increased by 63,6%; TSG/SG previous pregnancy was 52,9%. Signs headache 71,1%. Visual disturbances 33,3%; Pain in the liver of 34,4%. THA level 2 and 3 accounted for 76,1%. Having 98,3% women with edema, heavy line accounted for 68,9 % rate. **Keywords:** clinical , HELLP syndrome.

## 1. Đặt vấn đề

Một trong những biến chứng nặng nề nhất của tiền sản giật (TSG) là hội chứng HELLP, với đặc điểm: tan máu vi thể, tăng các enzym của gan, giảm tiểu

cầu đã được Weinstein mô tả lần đầu tiên vào năm 1982 [1]. Mặc dù tần suất gặp không nhiều, nhưng khi xảy ra thì nguy cơ đe dọa tính mạng sản phụ rất cao. Tiền sản giật là hội chứng bệnh lý phức tạp xảy ra

trong nửa sau thời kỳ thai nghén. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh của TSG cho đến nay chưa được chứng minh và hiểu biết đầy đủ. Hơn nữa, những thai phụ hội chứng HELLP có thể bị chẩn đoán nhầm với một số bệnh như: bệnh gan nhiễm mỡ, viêm túi mật, viêm gan, ban xuất huyết giảm tiểu cầu, viêm bể thận... dẫn đến chậm trễ trong điều trị [2].

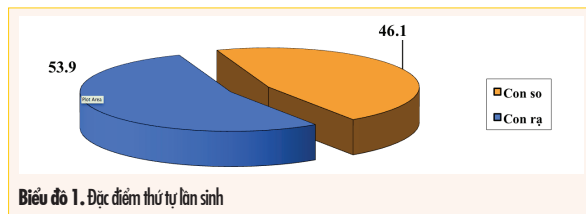
Việc tìm ra những đặc điểm lâm sàng, để hướng tới chẩn đoán sớm, xử trí kịp thời tránh những biến chứng nặng nề cho cả mẹ và thai là điều rất cần thiết. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng của hội chứng HELLP ở những thai phụ bị tiền sản giật từ năm 2001 – 2010.

## 2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu hồi cứu mô tả, dựa trên 180 hồ sơ bệnh án của các thai phụ đã được chẩn đoán TSG/SG có biến chứng hội chứng HELLP điều trị tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương từ năm 2001- 2010.

## 3. Kết quả

### Đặc điểm thứ tự lần sinh



Tỷ lệ con rạ gặp hội chứng HELLP cao hơn con so.

**Bảng 1.** Tiền sử nội khoa, sản khoa của thai phụ

	Tiền sử	Số lượng (n= 180)	Tỷ lệ (%)
Bệnh nội khoa (n= 11)	THA	7	3,9
	Thần	3	1,7
	Nội tiết	1	0,6
	Tổng	11	6,2
Bệnh sản khoa (n= 34)	TSG/SG	18	10
	Thai chết lưu	14	7,8
	Sảy thai liên tiếp	2	1,1
	Tổng	34	18,9

**Bảng 1:**

– Trong 11 trường hợp có tiền sử nội khoa chiếm tỷ lệ cao nhất là tiền sử THA 63,6%.

– Có 34 trường hợp thai phụ có tiền sử sản khoa liên quan trong đó tỷ lệ tiền sử TSG/SG lần mang thai trước là 52,9%.

**Bảng 2:**

– Dấu hiệu đau đầu chiếm tỷ lệ cao 71,1%.

– Rối loạn thị giác: chỉ có 33,3% thai phụ có biểu hiện nhìn mờ.

**Bảng 2.** Triệu chứng cơ năng hội chứng HELLP

	Triệu chứng cơ năng	Số lượng (n= 180)	Tỷ lệ (%)
Đau đầu	Có	128	71,1
	Không	52	28,9
	Tổng	180	100
Nhìn mờ	Có	60	33,3
	Không	120	66,7
	Tổng	180	100
Nôn- buồn nôn	Có	66	36,7
	Không	114	63,3
	Tổng	180	100
Đau hạ sườn phải	Có	62	34,4
	Không	118	65,6
	Tổng	180	100

– Tỷ lệ 36,7% thai phụ có dấu hiệu nôn-buồn nôn kèm theo.

– Đặc điểm đau vùng gan hay hạ sườn phải: là dấu hiệu của nguy cơ tụ máu dưới bao gan chiếm tỷ lệ 34,4.

**Bảng 3.** Đặc điểm huyết áp và phù của hội chứng HELLP

	Đặc điểm lâm sàng	Số lượng (n= 180)	Tỷ lệ (%)
THA mmHg	Độ 1	43	23,9
	Độ 2	73	40,6
	Độ 3	64	35,5
	Tổng	180	100
Phù	Nặng	124	68,9
	Nhẹ	53	29,4
	Không	3	1,7
	Tổng	180	100

– Huyết áp: THA chủ yếu độ 2 và 3 chiếm tỷ lệ 76,1%. HA tâm thu thấp nhất là 140 mmHg tỷ lệ 26,7%, cao nhất 220 mmHg tỷ lệ 4,4%. HA tâm thu trung bình 159,75 ± 20,03 mmHg. HA tâm trương thấp nhất là 90 mmHg tỷ lệ 25%, cao nhất 170 mmHg tỷ lệ 0,6%. HA tâm trương trung bình 103,94 ± 13,59.

– Về đặc điểm phù: có 98,3% thai phụ có biểu hiện phù, phù nặng chiếm tỷ lệ 68,9%.

## 4. Bàn luận

### Thứ tự lần sinh:

Có thể do phương pháp nghiên cứu khác nhau nên có nhiều ý kiến trái ngược về tỷ lệ con so và con rạ. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ con rạ là 53,9% cao hơn so với con so là 46,1%. Tỷ lệ này phù hợp với nghiên cứu của Gokhan Yildirim trên 303 thai phụ bị hội chứng HELLP trong vòng 7 năm (2002-2009) với con so: 45,9%, con rạ: 54,1% [3] và nghiên cứu của Sabri Cavkaytar năm 2007 với con so: 47,5%, con rạ: 52,5% [4]. Nghiên cứu của Turki Gasem thì cho kết quả ngược lại con so: 57,8%, con rạ: 42,2% [5].

### Tiền sử của thai phụ trước khi mang thai:

+ Tiền sử nội khoa: Theo bảng 3.4 có 11/180 thai phụ

tiền sử mắc bệnh nội khoa trong đó tiền sử tăng huyết áp cao nhất 3,9%.

Kết quả nghiên cứu của Haddad B năm 2000, trong tổng số 183 thai phụ hội chứng HELLP có tiền sử THA là 13% [6]. Hay nghiên cứu của Sabri thai phụ có tiền sử THA là 6,5% [4]. Như vậy tiền sử mắc bệnh trong đó THA làm tăng nguy cơ gặp hội chứng HELLP.

+ Tiền sử sản khoa: Có 34/180 thai phụ có tiền sử sản khoa liên quan đến hội chứng HELLP. Cao nhất là tiền sử TSG 10%, thấp nhất là tiền sử sảy thai liên tiếp 1,1% (chúng tôi xác định có từ 2 lần sảy thai liên tiếp trở lên).

Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với nghiên cứu của Sabri với tỷ lệ tiền sử TSG 8,1% [4], thấp hơn so với nghiên cứu của Haddad với tỷ lệ tiền sử TSG 20% [6]. Như vậy tiền sử TSG/SG có ảnh hưởng rõ rệt tới hội chứng HELLP.

### Triệu chứng cơ năng:

**Bảng 4.** Tỷ lệ các triệu chứng cơ năng theo các nghiên cứu

Tác giả	Đau đầu	Nhìn mờ	Nôn-buồn nôn	Đau hạ sườn phải
Turki Gasem [5]	48,4%	43,8%	40,6%	65,6%
Gokhan Yildirim [3]	45,9%	15,2%	13,4%	52,9%
Petronella [7]	44%	19%	48%	68%

Khi so sánh với các nghiên cứu, dấu hiệu đau đầu của chúng tôi cao nhất nhưng đau hạ sườn phải lại thấp nhất. Tuy nhiên đây là các dấu hiệu chủ quan của thai phụ nên cũng rất khó đánh giá các nghiên cứu với nhau. Có lẽ ở nước ngoài các thai phụ được tiếp cận dịch vụ chăm sóc y tế tốt hơn chúng ta nên sự kiểm soát các đối tượng có nguy cơ chặt chẽ hơn, trong đó ở chúng ta các thai phụ nhập viện tình trạng bệnh đã nặng mà họ không biết rằng bệnh đã có tiềm tàng từ trước đó nhưng chưa được biết đến. Chúng tôi thấy rằng tỷ lệ các triệu chứng cơ năng trong hội chứng HELLP rất cao, làm tăng thêm nguy cơ và biến chứng gây ra cho thai phụ và thai nhi. Trong nghiên cứu chúng tôi chỉ gặp 2 trường hợp có xuất huyết dưới bao ban, cả 2 trường hợp này đều đau hạ sườn phải.

### Huyết áp:

Chỉ số THA theo phân loại JNCVI tương ứng độ

1:23,9%; độ 2: 40,6%; độ 3: 35,5%. Theo nghiên cứu của Turki Gasem [5] thì 62,5% THA độ 3 và chỉ có 9,4% THA độ 1. So sánh HA tâm thu và tâm trương trung bình với các tác giả khác:

**Bảng 5.** Chỉ số huyết áp trung bình qua các nghiên cứu

Çetin Celik [8]	2003	161,6±26	98,5±16,8
Gokhan Yildirim [3]	2010	163,53±23,4	107,09±14,42

Chỉ số HA tâm thu trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với Çetin Çelik và HA tâm trương thấp hơn so với Gokhan Yildirim.

Như vậy, ngay cả THA độ 1 cũng xuất hiện hội chứng HELLP với tỷ lệ cao bởi lẽ THA là dấu hiệu chính xuất hiện đầu tiên trong bệnh lý TSG được coi là nguy hiểm và gây ra biến chứng cho mẹ và thai nhi. Nhưng khi TSG diễn biến thành HELLP với sự kết hợp nhiều biến chứng nặng nề như thai phụ nhập viện trong tình trạng hôn mê HA không còn cao nữa, hoặc thai phụ nhập viện được sử dụng các thuốc khống chế HA nhưng đã có những tổn thương và hủy hoại để vẫn diễn biến thành HELLP.

### Dấu hiệu phụ:

Dấu hiệu phụ hiện nay ít có giá trị trong tiên lượng TSG và hội chứng HELLP, tuy nhiên nếu có phù nặng kèm theo tràn dịch đa màng thì làm tăng nguy cơ gặp biến chứng nặng của HELLP. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 98,3% thai phụ có triệu chứng phù.

Dấu hiệu phù của chúng tôi cao hơn so với các tác giả khác. Theo nghiên cứu của Çetin Çelik [8] chỉ có 72% thai phụ bị phù, Petronella [7] đưa ra 83%, theo Turki Gasem [5] tỷ lệ này là 70,3%. Nếu xét về dấu hiệu phù nặng thì tỷ lệ của chúng tôi 68,9% là phù hợp. Có lẽ đánh giá dấu hiệu phù nặng hợp lý và có ý nghĩa hơn.

## 5. Kết luận

Tỷ lệ con rạ gặp hội chứng HELLP cao hơn con so. Tiền sử nội khoa tăng THA 63,6%; TSG/SG lần mang thai trước là 52,9%. Dấu hiệu đau đầu 71,1%. Rối loạn thị giác 33,3%; Đau vùng gan 34,4%. THA độ 2 và 3 chiếm tỷ lệ 76,1. Có 98,3% thai phụ có biểu hiện phù, phù nặng chiếm tỷ lệ 68,9%.

## Tài liệu tham khảo

- Weinstein L. Syndrom of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count: a severe consequence of hypertension in pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 1982;142:159-167.
- O'hara-Padden M. HELLp syndrom: Recognition and Perinatal management. Am Fam Physician. 1999;60:829-36:839.
- Gokhan Yildirim, Kemal Gungorduk et al. HELLP syndrom: 8 years of experience from a Tertiary referral center in Western Turkey. Hypertension in pregnancy, early online. 2010; 1- 11.
- Sabri Cavkaytar, Evin Nil Ugurlu et al. Are clinical symptoms more predictive than laboratory parameters for adverse maternal outcome in HELLp syndrom?. Acta Obstetrica et Gynecologica. 2007; 86: 648-651.

- Turki gasem, Fathia et al. Maternal and fetal outcome of pregnancy complicated by HELLP syndrom. The Journal of Maternal- fetal and neonatal medicine. 2009; 22(12): 1140-1143.

- Haddad B, Barton JR, Livingston JC, Chahine R, Sibai BM. Risk factors for adverse maternal outcomes among women with HELLP syndrom. Am J Obstet Gynecol. 2000; 183: 444- 8.

- Petronella Hupuczki M.D et al. Characteristic laboratory changes in pregnancies complicated by HELLPsyndrome. Hypertension in Pregnancy. 2007; 26: 389- 401.

- Çetin Çelik, M.D. et al. Results of the pregnancies with HELLP syndrom. Renal failure. 2003; 25(4):613-618.