

TỶ LỆ VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TIỀN SẢN GIẬT Ở THAI PHỤ CÓ NGUY CƠ CAO Ở TUỔI THAI 24-28 TUẦN TẠI KHOA PHỤ SẢN – BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP. HCM

Nguyễn Hữu Trung, Nguyễn Duy Tài, Võ Minh Tuấn
 Bộ môn Phụ Sản, Đại học Y Dược TP.HCM

Tóm tắt

Mở đầu: Tiền sản giật (TSG) là một bệnh lý thường gặp trong thai kỳ, chiếm khoảng 5-8% các thai kỳ. Cho đến ngày nay, TSG vẫn còn là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong cho bà mẹ lẫn trẻ sơ sinh trên toàn thế giới, nhất là ở các nước đang phát triển. Trên thế giới, nhiều nghiên cứu đã triển khai tầm soát và đưa ra tỷ lệ cũng như các yếu tố liên quan đến TSG ở thai phụ. Tuy nhiên, rất ít nghiên cứu được thực hiện tại Việt Nam nhằm xác định tỷ lệ TSG cũng như các yếu tố liên quan đến hội chứng này cho thai phụ Việt Nam. **Đề tài:** “Tỷ lệ và các yếu tố liên quan đến TSG ở thai phụ có nguy cơ cao ở tuổi thai 24-28 tuần tại Khoa Phụ Sản – Bệnh viện Đại Học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh”. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ thai phụ xuất hiện hội chứng TSG, và các yếu tố liên quan đến hội chứng TSG ở các thai phụ. **Đối tượng nghiên cứu:** Tất cả các thai phụ có nguy cơ cao TSG đến khám tại Khoa Phụ sản Bệnh viện Đại Học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh từ 9/2012 đến 8/2013. **Phương pháp nghiên cứu:** Sử dụng phương pháp nghiên cứu cắt ngang. **Cỡ mẫu:** Các thai phụ được chọn vào khi đang mang thai từ tuần 24-28 của thai kỳ, không bị TSG theo tiêu chuẩn ACOG (không bị vừa cao huyết áp, vừa tiểu đạm xuất hiện sau tuần lễ thứ 20 của thai kỳ), có nguy cơ cao, và đồng ý tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu loại trừ các thai phụ có vấn đề về tâm thần và những thai phụ không hợp tác hoặc tự nguyện bỏ ngang nghiên cứu. Nghiên cứu tuyển chọn được 473 thai phụ đạt tiêu chuẩn. **Công cụ nghiên cứu:** Nghiên cứu sử dụng bảng câu hỏi, hồ sơ bệnh án, hồ sơ quản lý thai kỳ, kết quả khám và xét nghiệm của thai phụ để khai thác thông tin. Số liệu được mã hóa và phân tích bằng phần mềm Stata 12. **Kết quả:** Khảo sát các triệu chứng có liên quan đến TSG, nghiên cứu cho thấy tỷ lệ thai phụ có tình trạng suy chức năng gan là cao nhất, (126 thai phụ, tỷ lệ 26,6%), kế đến là triệu chứng giảm chức năng thận (80 trường hợp mắc, tỷ lệ 16,9%), tăng huyết áp (35 trường hợp, tỷ lệ 7,4%), giảm tiểu cầu (4 trường hợp, tỷ lệ 0,9%), và protein niệu (2 trường hợp, tỷ lệ 0,4%). Không có trường hợp nào phù phổi cấp hoặc có các triệu chứng não hoặc thị giác. Tỷ lệ tăng huyết áp mới mắc trong thai kỳ (bao gồm cả TSG và không TSG) là 7,4% (3% tăng huyết áp thai kỳ (không có TSG) và 4,4% TSG). Trong các yếu tố được xem là nguy

cơ, nghiên cứu chỉ tìm thấy hai yếu tố thực sự có ý nghĩa thống kê làm tăng nguy cơ TSG ở các đối tượng này, đó là yếu tố béo phì (BMI ≥ 30 kg/m²) (p=0,011) và yếu tố tiền sử gia đình có hội chứng TSG (p=0,013). **Kết luận:** Qua nghiên cứu này, tuy tỷ lệ TSG cũng như tăng huyết áp thai kỳ vẫn nằm trong tầm kiểm soát, chưa thực sự cao so với tình hình các nước trên thế giới, nhưng chúng tôi nhấn mạnh vai trò của việc tầm soát TSG đối với các thai phụ có yếu tố tiền sử gia đình mắc hội chứng TSG, và những thai phụ có chỉ số BMI cao, đặc biệt là thai phụ béo phì có chỉ số BMI ≥ 30 kg/m².

Abstract

THE PREVALENCE AND ASSOCIATED FACTORS OF PREECLAMPSIA ON THE HIGH-RISK PREGNANT WOMEN AT THE WEEK 24-28 IN GYNECOLOGY AND OBSTETRICS DEPARTMENT OF THE UNIVERSITY MEDICAL CENTER IN HO CHI MINH CITY

Introduction: Preeclampsia (PE) is a common syndrome in pregnancy, contributed 5-8% of pregnancies. Up to now, PE is still the first cause contributing in maternal and infant mortality rates, especially in the developing countries. There were many studies on over the world conducted to screen and determine the prevalence of preeclampsia. However, very few studies was done in Vietnam in order to provide the prevalence and associated factors of preeclampsia for Vietnamese pregnant women. **Title:** “The prevalence and associated factors of preeclampsia on the high-risk pregnant women at the week 24-28 in Gynecology and Obstetrics Department of the University Medical Center in Ho Chi Minh City”. **Objectives:** Determine the prevalence of preeclampsia and associated factors among pregnant women. **Study population:** All pregnant women who were high-risk of getting preeclampsia and examined in the Gynecology and Obstetrics Department – University Medical Center in Ho Chi Minh City from 9/2012 to 8/2013. **Method:** Cross-sectional study. **Size of sample:** The pregnant women were included when they were at the 24-28 weeks of pregnancy, had still not got PE according to ACOG criteria for PE diagnosis (had not got hypertension and proteinuria) until participation in

study, were high-risk of getting PE, and agree to participate in this study. Whenever the participants were found to be psychiatric or mentally disordered, as well as, they refused to be continue participating. Total sample was 473 pregnant women. **Study instruments:** The study used questionnaire, clinical records, pregnancy profiles, examination and laboratory testing results for collecting data. All collected data was coded and analyzed using Stata 12. **Results:** Studying on the symptom related to PE, the most common symptom was impaired liver function symptom (126 cases, 26.6%), following by renal insufficiency symptom (80 cases, 16.9%), hypertensive disorder (35 case, 7.4%), thrombocytopenia (4 cases, 0.9%), and proteinuria (2 cases, 0.4%). There was no case

got pulmonary edema or cerebral or visual symptoms. The prevalence of pregnancy-induced hypertension was 7.4% (separately, the prevalence of non-PE pregnancy-induced hypertension was 3% and the prevalence of PE was 4.4%). Among the risk factors of getting PE, this study found only two associated factors affecting on PE. There were obesity (with BMI ≥ 30 kg/m²) (p=0,011) and PE family's history (p=0,013). **Conclusion:** Although the PE prevalence and gestational hypertension prevalence in this study are still in the lower range, and quite low in comparison to the other countries, The role of PE screening is emphasized, especially in the pregnant women with PE family's history, and the ones who have problem with obesity (BMI ≥ 30 kg/m²).

1. Đặt vấn đề

Tiền sản giật là một bệnh lý thường gặp trong thai kỳ, chiếm khoảng 5-8% các thai kỳ [5]. Nếu không được chẩn đoán và điều trị sớm, tiền sản giật thường để lại những biến chứng trầm trọng như suy thận cấp, suy gan, rối loạn đông máu, co giật và tử vong. Cho đến ngày nay, tiền sản giật vẫn còn là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong cho bà mẹ lẫn trẻ sơ sinh trên toàn thế giới, nhất là ở các nước đang phát triển [11]. Hàng năm, 42% các trường hợp tử vong của người mẹ có nguyên nhân là tiền sản giật [15]. Ngoài ra, tiền sản giật cũng là nguyên nhân hàng đầu của các trường hợp có chỉ định chủ động chấm dứt thai kỳ trên thai nhi non tháng. 15% các trường hợp sanh non có nguyên nhân tiền sản giật [14].

Tiền sản giật là một trong những hội chứng gây ra do tình trạng cao huyết áp và protein niệu có thể có kèm theo phù hoặc không, xuất hiện sau tuần lễ thứ 20 của thai kỳ [1, 3, 4, 13]. Tiền sản giật thường được chẩn đoán dựa trên huyết áp thai phụ, tình trạng phù, protein niệu, và một số các xét nghiệm cận lâm sàng như công thức máu (Hematocrit, Hemoglobin, tiểu cầu), chức năng thận, chức năng gan, dự trữ kiềm (toan máu), áp lực keo, soi đáy mắt, siêu âm thai đánh giá tình trạng thai, ... [1, 4, 19].

Theo ước tính của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), Quỹ Nhi đồng Liên hiệp quốc (UNICEF), Quỹ Dân số Liên hiệp quốc (UNFPA) và Ngân hàng thế giới, vào năm 2010, trên thế giới có 287.000 bà mẹ tử vong [16]. Rối loạn huyết áp trong thai kỳ là nguyên nhân đóng góp 18% trong tổng số tử vong mẹ trên thế giới, ước tính 62.000-77.000 mỗi năm [12].

Trên thế giới, nhiều nghiên cứu đã triển khai tầm soát và đưa ra tỷ lệ cũng như các yếu tố liên quan đến

tiền sản giật ở thai phụ. Tuy nhiên, rất ít nghiên cứu được thực hiện tại Việt Nam nhằm xác định tỷ lệ tiền sản giật cũng như các yếu tố liên quan đến hội chứng này cho thai phụ Việt Nam. Với đặc thù sự khác biệt giữa đặc tính dân số học, các yếu tố nguy cơ, cũng như bối cảnh chăm sóc sức khỏe sản khoa giữa Việt Nam và thế giới, nghiên cứu tập trung xác định tỷ lệ hiện mắc và các yếu tố liên quan đến tiền sản giật ở thai phụ Việt Nam là cần thiết được tiến hành.

Nghiên cứu này được tiến hành nhằm trả lời cho các câu hỏi: Tỷ lệ thai phụ nguy cơ cao được tầm soát vào tuần thứ 24-28 có hội chứng tiền sản giật là bao nhiêu, và thời điểm nào trong thai kỳ mà thai phụ xuất hiện các triệu chứng tiền sản giật? Có những yếu tố nào liên quan đến hội chứng tiền sản giật của các thai phụ? Để trả lời cho các câu hỏi trên, mục tiêu nghiên cứu bao gồm:

1. Xác định tỷ lệ thai phụ xuất hiện hội chứng tiền sản giật
2. Xác định các yếu tố liên quan đến hội chứng tiền sản giật ở các thai phụ.

2. Tổng quan tài liệu

Rối loạn huyết áp thai kỳ theo Hiệp hội Sản Phụ khoa Hoa Kỳ năm 2013 được chia thành 5 nhóm: tiền sản giật / sản giật (TSG/SG), tăng huyết áp (THA) mạn tính, TSG trên nền THA mạn tính, THA thai kỳ hoặc THA hậu sản [4, 13]. Ngoài ra, tình trạng tăng huyết áp do thai kỳ còn có thể dẫn đến tăng huyết áp sau sinh ở mẹ [4]. Tiền sản giật - nhiễm độc thai nghén-là một dạng cao huyết áp do thai kỳ. Tiền sản giật được đánh dấu bởi huyết áp cao và tình trạng tăng protein niệu.

Thai phụ bị tiền sản giật thường có các triệu chứng như phù tay, chân, bàn chân. Tuy nhiên, trong những năm gần đây, các tài liệu chuyên ngành sản khoa cũng không còn xem phù là một triệu chứng của tiền sản giật bởi tình trạng phù xuất hiện quá thường xuyên trên phụ nữ mang thai [1]. Tiền sản giật thường được tìm thấy trong nửa sau thai kỳ, tuy nhiên, vẫn có thể xảy ra sớm trước tuần lễ thứ 20 của thai kỳ. Nếu không được chẩn đoán và xử lý kịp thời, tiền sản giật có thể dẫn đến sản giật, dẫn đến tình trạng tử vong ở thai nhi, trong một số ít trường hợp, đây là nguy cơ gây tử vong thai nhi, thai lưu. Gọi là tiền sản giật bởi đây là tình trạng xuất hiện như một tiền đề báo hiệu sự co giật của thai phụ (sản giật).

Tiền sản giật thường xảy ra vào lần mang thai đầu tiên, mang thai vị thành niên, hoặc ở thai phụ trên 40 tuổi. Ngoài ra, các yếu tố nguy cơ khác có thể xem xét như tiền sử tăng huyết áp trước mang thai, tiền sử tiền sản giật, có mẹ hoặc chị đã từng bị tiền sản giật, tiền sử béo phì, mang hơn 1 thai nhi, tiền sử đái tháo đường, bệnh thận, lupus, hoặc viêm khớp dạng thấp.

Chẩn đoán tiền sản giật càng chắc chắn khi huyết áp thai phụ càng cao và nồng độ protein niệu càng nhiều [1, 8, 18]. Theo tiêu chuẩn của Hiệp hội Sản Phụ Khoa Hoa Kỳ (ACOG) công bố vào năm 2013 [4], tiêu chuẩn chẩn đoán tiền sản giật bao gồm:

Điều kiện tiên quyết:

Huyết áp:

- Huyết áp tâm thu ≥ 140 mmHg hoặc huyết áp tâm trương ≥ 90 mmHg được đo vào 2 lần cách nhau ít nhất 4 giờ ở tuổi thai trên 20 tuần đối với phụ nữ có huyết áp bình thường trước khi mang thai

- Huyết áp tâm thu ≥ 160 mmHg hoặc huyết áp tâm trương ≥ 110 mmHg, tình trạng THA có thể được khẳng định trong khoảng thời gian ngắn (tính bằng phút) để kịp thời áp dụng liệu pháp hạ áp.

Và:

Protein niệu:

- Nồng độ protein niệu ≥ 300 mg trong tổng lượng nước tiểu thu được 24 giờ (hoặc đương lượng được ngoại suy từ mẫu nước tiểu lấy tại các thời điểm)

- Hoặc tỷ số protein/creatinine $\geq 0,3$ (nồng độ tính bằng mg/dL)

- Hoặc thử bằng que cho kết quả từ mức 1 trở lên (tiêu chuẩn này chỉ được áp dụng trong trường hợp các phương pháp định lượng khác không thể thực hiện được)

Hoặc:

Trong trường hợp không có protein niệu, TSG được chẩn đoán khi thai phụ mới xuất hiện tình trạng

tăng huyết áp kèm theo sự xuất hiện của 1 trong các tiêu chuẩn sau:

- Giảm tiểu cầu: Lượng tiểu cầu dưới 100.000/ μ L

- Giảm chức năng thận: Nồng độ creatinine huyết thanh $> 1,1$ mg/dL hoặc gấp đôi trong trường hợp không có các bệnh lý thận khác

- Suy chức năng gan: Nồng độ men gan trong máu tăng gấp đôi so với bình thường

- Phù phổi cấp

- Triệu chứng não hoặc thị giác

Trong lịch sử điều trị sản giật, liệu pháp chủ đạo được sử dụng nhiều nhất đến nay vẫn là ngăn ngừa và điều trị cơn co giật. Đầu thế kỷ 20, phương pháp được sử dụng chủ yếu là tiêm Magnesium sulfate ($MgSO_4$) đường tiêm bắp, đến những năm 20 của thế kỷ 20, phương pháp tiêm Magnesium sulfate bắt đầu được áp dụng qua đường tiêm tĩnh mạch. Tuy nhiên, mãi cho đến những năm 90, các nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng lớn mới chứng minh tính ưu việt của nó so với thuốc chống co giật khác [8, 18].

3. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả các thai phụ có nguy cơ cao tiền sản giật đến khám tại Khoa Phụ sản Bệnh viện Đại Học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh năm 2012.

Thiết kế nghiên cứu: Sử dụng phương pháp nghiên cứu cắt ngang.

Cỡ mẫu: Các thai phụ được chọn vào khi đang mang thai từ tuần 24-28 của thai kỳ, không bị tiền sản giật theo tiêu chuẩn ACOG (không bị vừa cao huyết áp, vừa tiểu đạm xuất hiện sau tuần lễ thứ 20 của thai kỳ), có nguy cơ cao, và đồng ý tham gia nghiên cứu. Thai phụ có một trong các yếu tố sau được xem là nguy cơ cao: Con so; Con rạ, khoảng cách so với lần sanh trước ≥ 10 năm hoặc tiền căn bị tiền sản giật trong lần sanh trước; Phụ nữ > 35 tuổi; Đái tháo đường trước khi mang thai; Cao huyết áp trước khi mang thai; Bệnh thận mãn; Béo phì trước khi mang thai (Chỉ số khối cơ thể ≥ 30 kg/m²); Tiền căn bệnh Lupus ban đỏ; Tiền căn hội chứng kháng thể kháng phospholipid; Tiền sử gia đình có mẹ hoặc chị, em gái bị tiền sản giật. Nghiên cứu loại trừ các thai phụ có vấn đề về tâm thần và những thai phụ không hợp tác hoặc tự nguyện bỏ ngang nghiên cứu. Những thai phụ đang đi khám thai tại Khoa Phụ Sản Bệnh viện Đại học Y dược, đạt tiêu chuẩn chọn mẫu, được mời tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu tuyển chọn được 473 thai phụ đạt tiêu chuẩn.

Công cụ nghiên cứu: Nghiên cứu sử dụng bảng câu hỏi, hồ sơ bệnh án, hồ sơ quản lý thai kỳ, kết quả khám

và xét nghiệm của thai phụ để khai thác thông tin. Số liệu được mã hóa và phân tích bằng phần mềm Stata 12.

4. Kết quả nghiên cứu

Bảng 1. Các triệu chứng tiền sản giật

STT	Triệu chứng	Có		Không	
		n	%	n	%
1	Tăng huyết áp ¹	35	7,4	438	92,6
2	Protein niệu ²	2	0,4	471	99,6
3	Giảm tiểu cầu ³	4	0,9	469	99,1
4	Giảm chức năng thận ⁴	80	16,9	393	83,1
5	Suy chức năng gan ⁵	126	26,6	347	73,4
6	Phù phổi cấp	0	0	473	100
7	Triệu chứng não hoặc thị giác ⁶	0	0	473	100

Trong các thai phụ nghiên cứu, tỷ lệ thai phụ có tình trạng suy chức năng gan là cao nhất, có 126 thai phụ, tỷ lệ 26,6%. Chiếm tỷ lệ cao thứ hai là triệu chứng giảm chức năng thận với 80 trường hợp mắc, tỷ lệ 16,9%. Nghiên cứu cho thấy có 35 trường hợp thai phụ tăng huyết áp mới mắc trong thai kỳ, tỷ lệ 7,4%. Chỉ có 2 trường hợp có protein niệu (tỷ lệ 0,4%), và 4 trường hợp có giảm tiểu cầu (tỷ lệ 0,9%). Nghiên cứu chưa thấy trường hợp nào phù phổi cấp hoặc có các triệu chứng não hoặc thị giác.

Bảng 2. Tỷ lệ tiền sản giật, tăng huyết áp thai kỳ

TT	Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ %
1	Huyết áp bình thường	438	92,6
2	Tăng huyết áp thai kỳ	14	3,0
3	Tiền sản giật	21	4,4

Nghiên cứu cho thấy có 21 trường hợp thai phụ có hội chứng tiền sản giật theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Hiệp hội Sản Phụ khoa Hoa Kỳ (ACOG) ban hành năm 2013. Tỷ lệ tiền sản giật là 4,4%. Ngoài ra, nghiên cứu cũng cho thấy có 14 trường hợp (tỷ lệ 3%) có tăng huyết áp mới mắc trong thai kỳ nhưng không phát triển tiền sản giật.

Bảng 3. Phân bố độ tuổi của các thai phụ

Nhóm	Số mẫu	Trung bình	Sai số chuẩn	Trung vị	Tứ phân vị	p*
Chung	473	28	4,0	27	25-29	
Tăng huyết áp						
Có	35	30	5	28	25-32	0,048
Không	438	28	4	27	25-29	
Tiền sản giật						
Có	21	29	5	28	25-31	0,392
Không	452	28	4	27	25-29	

¹ Huyết áp tâm thu ≥ 140 mmHg hoặc huyết áp tâm trương ≥ 90 mmHg được đo vào 2 lần cách nhau ít nhất 4 giờ.

² Nồng độ protein niệu ≥ 300 mg trong tổng lượng nước tiểu thu được 24 giờ

³ Lượng tiểu cầu dưới 100.000/ μ L

⁴ Nồng độ creatinine huyết thanh $> 1,1$ mg/dL hoặc gấp đôi trong trường hợp không có các bệnh lý thận khác

⁵ Nồng độ men gan (SGOT, SGPT) trong máu tăng gấp đôi so với bình thường

⁶ Nhức đầu, chóng mặt, mờ mắt, ...

* Giá trị p của kiểm định Wilcoxon rank-sum

Độ tuổi của các thai phụ được khảo sát có phân phối không bình thường, tập trung chủ yếu là 27 tuổi, dao động từ 25-29 tuổi. Riêng đối với nhóm thai phụ có tăng huyết áp mới mắc trong thai kỳ (bao gồm có hoặc không có hội chứng tiền sản giật), độ tuổi tập trung là 27 tuổi, dao động từ 25-32 tuổi. Ở nhóm thai phụ này, độ tuổi tuy cao hơn nhóm thai phụ không tăng huyết áp thai kỳ, nhưng p của kiểm định Wilcoxon rank-sum là 0,048 (rất gần với 0,05) cho thấy mức ý nghĩa thống kê không cao. Độ tuổi của nhóm thai phụ có hội chứng tiền sản giật là không khác biệt so với nhóm thai phụ không có hội chứng tiền sản giật, p = 0,392 ($> 0,05$).

Bảng 4. Nguy cơ tiền sản giật và các yếu tố liên quan

Yếu tố nguy cơ	TSG		Không TSG		Tổng		p**
	n	%	n	%	n	%	
Con so							
Có	18	4,1	419	95,9	437	100	0,209
Không	3	8,3	33	91,7	36	100	
Khoảng cách so với lần sanh trước (n=36)							
≥ 10 năm	0	0	6	100	6	100	1,000
< 10 năm	3	10,0	27	90,0	30	100	
Tiền căn bị tiền sản giật trong lần sanh trước (n=36)							
Có	1	33,3	2	66,7	3	100	0,236
Không	2	6,1	31	93,9	33	100	
Tuổi mẹ							
> 35	2	7,7	24	92,3	26	100	0,323
≤ 35	19	4,3	428	95,8	447	100	
Đái tháo đường trước khi mang thai							
Có	0	0	3	100	3	100	1,000
Không	21	4,5	449	95,5	470	100	
Cao huyết áp trước khi mang thai							
Có	0	0	1	100	1	100	1,000
Không	21	4,5	451	95,5	472	100	
Bệnh thận mãn							
Có	0	0	1	100	1	100	1,000
Không	21	4,5	451	95,5	472	100	
Béo phì trước khi mang thai							
Có	2	50,0	2	50,0	4	100	0,011
Không	19	4,1	450	95,9	469	100	
Tiền căn bệnh Lupus ban đỏ							
Có	0	0	2	100	2	100	1,000
Không	21	4,5	450	95,5	471	100	
Tiền căn hội chứng kháng thể kháng phospholipid							
Có	0	0	2	100	2	100	1,000
Không	21	4,5	450	95,5	471	100	
Tiền sử gia đình tiền sản giật							
Có	3	25,0	9	75,0	12	100	0,013
Không	18	3,9	443	96,1	461	100	

*** Giá trị p của kiểm định chính xác Fisher*

Kiểm định chính xác Fisher cho thấy chỉ có yếu tố béo phì và yếu tố tiền sử gia đình có người bị tiền sản giật là có mối liên quan có ý nghĩa thống kê đối với tình trạng mắc hội chứng tiền sản giật ở thai phụ trong nghiên cứu (p lần lượt là 0,011 và 0,013). Như vậy, đối với các thai phụ trong nghiên cứu, tỷ lệ thai phụ có hội chứng tiền sản giật trong nhóm béo phì cao hơn nhóm không béo phì, và nhóm có tiền sử gia đình mắc hội chứng tiền sản giật cao hơn nhóm không có tiền sử gia đình mắc hội chứng tiền sản giật. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

5. Bàn luận

Nghiên cứu của tác giả Baragou cùng cộng sự khảo sát từ 10/2011-9/2012 cho thấy có 200 thai phụ tăng huyết áp trong tổng số 1620 thai phụ được khảo sát tại khoa Sản Phụ thuộc bệnh viện Đại học Tokoin – Lome. Tỷ lệ tăng huyết áp thai kỳ mà tác giả Baragou tìm thấy là 12,3%, trong đó tỷ lệ tiền sản giật là 44%, tương ứng với tỷ lệ tiền sản giật trong tổng mẫu nghiên cứu là 5,4% [2]. So với kết quả nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ tăng huyết áp thai kỳ và tỷ lệ tiền sản giật trong nghiên cứu của tác giả Baragou cùng cộng sự là tương đối cao (12,3% so với 7,4%, và 5,4% so với 4,4%).

Một nghiên cứu khác phân tích dữ liệu thứ cấp rất lớn của WHO tại 24 quốc gia, 373 cơ sở y tế được tác giả Bilano cùng cộng sự báo cáo năm 2014 cho thấy tỷ lệ tiền sản giật tại các nước thu nhập thấp hoặc trung bình là 4% (10.754 thai phụ tiền sản giật trong tổng số 276.388 thai phụ được khảo sát). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng gần như tương đương với tỷ lệ trong nghiên cứu này [6].

Nghiên cứu trong suốt năm 2011, tác giả Ye cùng cộng sự đã báo cáo kết quả vào năm 2013 cho thấy số thai phụ tăng huyết áp thai kỳ trong tổng số 112.386 thai phụ được khảo sát tại 38 bệnh viện ở Trung Quốc là 5.869, chiếm 5,22%. Trong đó, tỷ lệ tiền sản giật nặng là 39,96%, và tỷ lệ tiền sản giật nhẹ là 15,13% [17]. Như vậy, tỷ lệ tiền sản giật nói chung trong tổng số mẫu của nghiên cứu này là xấp xỉ 3%. Cả tỷ lệ tăng huyết áp thai kỳ và tỷ lệ tiền sản giật trong nghiên cứu của tác giả Ye cùng cộng sự tại Trung Quốc đều thấp hơn kết quả nghiên cứu của chúng tôi (tương ứng là 5,22% so với 7,4%, và 3% so với 4,4%).

Nghiên cứu tìm thấy yếu tố tiền sử gia đình tiền sản giật và yếu tố bản thân thai phụ bị béo phì là

hai yếu tố duy nhất tăng nguy cơ tiền sản giật. Hai yếu tố này cũng được tìm thấy trong nhiều nghiên cứu trước [2, 6, 9, 17]. Tuy nhiên, trong nhiều nghiên cứu còn kết luận các yếu tố nguy cơ tiền sản giật như kinh tế kém [2], tiền sử tăng huyết áp thai kỳ [2, 6, 17], tuổi mẹ trên 30 [2, 6], tuổi mẹ trên 35 [17], song thai [2, 6, 17], stress [2], trình độ học vấn thấp, thiếu chăm sóc thai sản [6], đái tháo đường thai kỳ [6, 17], bệnh tim hoặc bệnh thận, thiếu máu [6], tiền sử gia đình đái tháo đường [17]. Mặt khác, một số nghiên cứu còn cho thấy nguy cơ tiền sản giật khác nhau giữa các chủng dân tộc [7, 10].

Với cỡ mẫu tương đối nhỏ, tỷ lệ tiền sản giật trong nghiên cứu của chúng tôi vẫn chưa thực sự chính xác và cho thấy chưa tương đồng với một số nghiên cứu trên thế giới. Bên cạnh đó, việc áp dụng tiêu chuẩn chẩn đoán được công bố năm 2013 của Hiệp hội Sản Phụ khoa Hoa kỳ trong việc chẩn đoán tiền sản giật cũng khó có thể so sánh với các nghiên cứu khác khi tiêu chuẩn chẩn đoán chỉ dựa trên tình trạng tăng huyết áp và protein niệu.

Bên cạnh đó, nghiên cứu tiến hành tại bệnh viện Đại học Y Dược Tp. HCM cho thấy chưa đại diện được cho cộng đồng phụ nữ mang thai của thành phố Hồ Chí Minh, hay rộng hơn là phụ nữ mang thai tại Việt Nam.

6. Kết luận

Nghiên cứu cắt ngang trên 473 thai phụ thuộc nhóm có nguy cơ cao mắc tiền sản giật được tầm soát vào tuần lễ thứ 24-28 và theo dõi đến kết thúc thai kỳ tại bệnh viện Đại học Y Dược Tp. HCM trong năm 2012 cho thấy: Tỷ lệ tăng huyết áp mới mắc trong thai kỳ (bao gồm cả tiền sản giật và không tiền sản giật) là 7,4%, và tỷ lệ tiền sản giật nói riêng là 4,4%. Trong các yếu tố được xem là nguy cơ, nghiên cứu chỉ tìm thấy hai yếu tố thực sự có ý nghĩa thống kê làm tăng nguy cơ tiền sản giật ở các đối tượng này, đó là yếu tố béo phì (BMI ≥ 30 kg/m²) và yếu tố tiền sử gia đình có hội chứng tiền sản giật.

Qua nghiên cứu này, tuy tỷ lệ tiền sản giật cũng như tăng huyết áp thai kỳ vẫn nằm trong tầm kiểm soát, chưa thực sự cao so với tình hình các nước trên thế giới, nhưng chúng tôi nhấn mạnh vai trò của việc tầm soát tiền sản giật đối với các thai phụ có yếu tố tiền sử gia đình mắc hội chứng tiền sản giật, và những thai phụ có chỉ số BMI cao, đặc biệt là thai phụ béo phì có chỉ số BMI ≥ 30 kg/m².

Tài liệu tham khảo

1. Nguyễn Thị Ngọc Phương (2011) Rối loạn cao huyết áp trong thai kỳ. Sản Phụ Khoa. Nhà xuất bản Y học, Tp. Hồ Chí Minh, 462-482
2. S. Baragou, E. Goeh-Akue, M. Pio, Y. M. Afassinou, B. Atta (2014) "[Hypertension and pregnancy in Lome (sub-Saharan Africa): epidemiology, diagnosis and risk factors]". Ann Cardiol Angeiol (Paris), Hypertension arterielle et grossesse a Lome (Afrique sub-saharienne) : aspects epidemiologiques, diagnostiques et facteurs de risque., 63, (3), 145-50.
3. (2011) WHO Recommendations for Prevention and Treatment of Pre-Eclampsia and Eclampsia, World Health Organization., Geneva,
4. ACOG (2013) Hypertension in Pregnancy, The American College of Obstetricians and Gynecologists, Washington DC.,
5. R. Austgulen, C.V. Isaksen, L. Chedwick, P. Romundstad, L. Vatten, C. Craven (2004) "Pre-eclampsia: associated with increased syncytial apoptosis when the infant is small-for-gestational-age". J Reprod Immunol, 61, (1), 39-50.
6. V. L. Bilano, E. Ota, T. Ganchimeg, R. Mori, J. P. Souza (2014) "Risk factors of pre-eclampsia/eclampsia and its adverse outcomes in low- and middle-income countries: a WHO secondary analysis". PLoS One, 9, (3), e91198.
7. K. Breathett, D. Muhlestein, R. Foraker, M. Gulati (2014) "Differences in Preeclampsia Rates Between African American and Caucasian Women: Trends from the National Hospital Discharge Survey". J Womens Health (Larchmt).
8. F. Gary Cunningham, Norman F. Gant, Kenneth J. Leveno, Larry C. Gilstrap III, John C. Hauth, Katharine D. Wenstrom (2001) Hypertensive Disorders in Pregnancy. Williams Obstetrics. The McGRAW-HILL Companies, USA, 567-618
9. M. Ebrahimi-Mameghani, E. Mehrabi, M. Kamalifard, P. Yavarikia (2013) "Correlation between Body Mass Index and Central Adiposity with Pregnancy Complications in Pregnant Women". Health Promot Perspect, 3, (1), 73-9.
10. G. Ghosh, J. Grewal, T. Mannisto, P. Mendola, Z. Chen, Y. Xie, S. K. Laughon (2014) "Racial/ethnic differences in pregnancy-related hypertensive disease in nulliparous women". Ethn Dis, 24, (3), 283-9.
11. J. V. Ilekis, U. M. Reddy, J. M. Roberts (2007) "Preeclampsia--a pressing problem: an executive summary of a National Institute of Child Health and Human Development workshop". Reprod Sci, 14, (6), 508-23.
12. K. S. Khan, D. Wojdyla, L. Say, A. M. Gulmezoglu, P. F. Van Look (2006) "WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review". Lancet, 367, (9516), 1066-74.
13. National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy (2000) "Report of the National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy". Am J Obstet Gynecol, 183, (1), S1-S22.
14. S. Sunderji, E. Gaziano, D. Wothe, L. C. Rogers, B. Sibai, S. A. Karumanchi, C. Hodges-Savola (2010) "Automated assays for sVEGF R1 and PIGF as an aid in the diagnosis of preterm preeclampsia: a prospective clinical study". Am J Obstet Gynecol, 202, (1), 40 e1-7.
15. S. Verlohren, A. Galindo, D. Schlembach, H. Zeisler, I. Herraiz, M. G. Moertl, J. Pape, J. W. Dudenhausen, B. Denk, H. Stepan (2010) "An automated method for the determination of the sFit-1/PIGF ratio in the assessment of preeclampsia". Am J Obstet Gynecol, 202, (2), 161 e1-161 e11.
16. WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank (2012) Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2010, World Health Organization, Switzerland,
17. C. Ye, Y. Ruan, L. Zou, G. Li, C. Li, Y. Chen, C. Jia, I. L. Megson, J. Wei, W. Zhang (2014) "The 2011 survey on hypertensive disorders of pregnancy (HDP) in China: prevalence, risk factors, complications, pregnancy and perinatal outcomes". PLoS One, 9, (6), e100180.
18. Charles R. B. Beckmann, Frank W. Ling, William N. P. Herbert, Douglas W. Laube, Roger P. Smith, Robert Casanova, Alice Chuang, Alice E. Goepfert, Nancy A. Hueppchen, Patrice M. Weiss Cardiovascular and Respiratory Disorders. Obstetrics and Gynecology. 6 ed. The American College of Obstetricians and Gynecologists, USA, 205-213
19. Karin Leslie, Basky Thilaganathan, Aris Papageorghiou (2011) "Early prediction and prevention of pre-eclampsia". Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, 25, (3), 343-354.