

# ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ XỬ TRÍ SẢN KHOA TIỀN SẢN GIẬT TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Đặng Công Việt<sup>1,✉</sup>, Trần Danh Cường<sup>2</sup>, Nguyễn Thị Huyền Anh<sup>3</sup>

Trường Đại học Y Hà Nội

Tiền sản giật (TSG) là một trong những nguyên nhân gây tử vong cho mẹ và trẻ sơ sinh. Dự phòng, chẩn đoán, xử trí và tiên lượng tiền sản giật có ý nghĩa quan trọng. Nghiên cứu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nhận xét thái độ xử trí tiền sản giật trên 135 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị tiền sản giật tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ 01/08/2019 đến 01/08/2020. Phương pháp nghiên cứu là mô tả tiến cứu. Tuổi trung bình của thai phụ TSG là  $30,7 \pm 6,3$ ; trong đó nhóm tuổi 30 - 34 chiếm tỷ lệ cao nhất (31,1%). Số lượng tiểu cầu trung bình của nhóm TSG nặng ( $202,25 \pm 69,24G/l$ ) thấp hơn đáng kể so với nhóm TSG ( $231,4 \pm 74,47G/l$ ) với  $p = 0,02$ . Không có khác biệt về các chỉ số AST, ALT, Creatinin giữa nhóm TSG và TSG nặng. Thời gian điều trị nội khoa trung bình dài nhất ở nhóm TSG tuổi thai 28-33 tuần ( $9,9 \pm 9,3$  ngày) và ngắn nhất ở nhóm TSG tuổi thai  $\geq 37$  tuần ( $1,0 \pm 0,2$  ngày), với khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ). Đa số (> 95%) bệnh nhân tuổi thai  $\geq 37$  tuần được đình chỉ thai nghén ngay khi vào viện. Có sự khác biệt về tỷ lệ biến chứng TSG giữa các nhóm tuổi thai ( $p < 0,001$ ). Các biến chứng TSG thường gặp trong nhóm tuổi thai 28 - 36 tuần. Kết quả nghiên cứu cho thấy số lượng tiểu cầu là xét nghiệm có ý nghĩa trong theo dõi tiến triển của tiền sản giật. Xử trí tiền sản giật phụ thuộc vào tuổi thai và mức độ nặng của bệnh. Bệnh nhân tiền sản giật sau 37 tuần nên được đình chỉ thai nghén.

**Từ khoá:** tiền sản giật, tiền sản giật nặng

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tỷ lệ tiền sản giật chiếm 2 - 8% ở các phụ nữ có thai.<sup>1,2</sup> Tại Mỹ, tỷ lệ này tăng 25% trong vòng 2 thập kỷ gần đây.<sup>3</sup> Tiền sản giật là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong cho mẹ và trẻ sơ sinh. Đối với thai phụ, tiền sản giật gây ra các biến chứng như sản giật, hội chứng HELLP, rau bong non, rối loạn đông máu, suy gan, suy thận, phù phổi cấp và tử vong. Đối với thai, tiền sản giật có thể dẫn tới tình trạng thai chậm phát triển trong tử cung, suy thai và thai chết lưu.

Do vậy, dự phòng, chẩn đoán, xử trí và tiên lượng tiền sản giật có ý nghĩa quan trọng.<sup>4</sup> Tiền

sản giật thường diễn biến phức tạp, một số trường hợp tình trạng thai phụ diễn biến nhanh mà không có các dấu hiệu báo trước. Cách điều trị triệt để của tiền sản giật là đình chỉ thai nghén. Tuy nhiên, thời điểm đình chỉ thai nghén phụ thuộc vào mức độ nặng của bệnh và tuổi thai, đặc biệt khó khăn trong trường hợp tiền sản giật nặng, thai chưa đủ tháng.<sup>5,6</sup>

Trong những năm gần đây, Việt Nam đã có một số nghiên cứu đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của tiền sản giật, tuy nhiên chưa có nhiều nghiên cứu nhận xét về thái độ xử trí tiền sản giật. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với hai mục tiêu: "Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của thai phụ tiền sản giật. Nhận xét xử trí sản khoa tiền sản giật tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2019 - 2020"

Tác giả liên hệ: Đặng Công Việt

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: dangviethmu@gmail.com

Ngày nhận: 04/10/2020

Ngày được chấp nhận: 13/10/2020

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

### 1. Đối tượng

Những thai phụ được chẩn đoán và điều trị tiền sản giật tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ 01/08/2019 đến 01/08/2020. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân tiền sản giật được chia thành 2 nhóm TSG và TSG nặng theo phân độ của Hiệp hội sản phụ khoa Hoa Kỳ (The American College of Obstetricians and Gynecologists).<sup>7</sup>

#### *Tiêu chuẩn lựa chọn*

Huyết áp tâm thu  $\geq 140$  mmHg, hoặc huyết áp tâm trương  $\geq 90$  mmHg. Protein niệu  $\geq 0,5$  g/l ở mẫu nước tiểu ngẫu nhiên hoặc  $\geq 0,3$  g/l ở mẫu nước tiểu 24 giờ. Tuổi thai từ 28 tuần trở lên. Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin điền vào bệnh án nghiên cứu.

#### *Tiêu chuẩn loại trừ*

Tuổi thai dưới 28 tuần. Hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin.

#### *Tiêu chuẩn chẩn đoán tiền sản giật nặng*

<sup>7</sup>Tiền sản giật kèm theo một trong các dấu hiệu sau: (1) Tăng huyết áp  $\geq 160/110$  mmHg, (2) Đau đầu, thay đổi thị lực đột ngột, (3) Đau vùng thượng vị hoặc hạ sườn phải, (4) Phù phổi cấp, (5) Thiếu niệu (nước tiểu  $< 500$ ml/24 giờ), (6) Tiểu cầu  $< 100.000$ /ml, (7) Tăng creatinin máu ( $> 1,1$  mg/dl hoặc  $97$   $\mu$ mol/l hoặc lớn hơn 2 lần giới hạn trên bình thường), (8) Men gan (ALT hoặc AST lớn hơn 2 lần giới hạn trên bình thường).

### 2. Phương pháp

Nghiên cứu mô tả tiến cứu, lựa chọn mẫu thuận tiện trên 135 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị tiền sản giật tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. Các biến số và chỉ số được thu thập thông qua bệnh án nghiên cứu, bao gồm:

- Đặc điểm lâm sàng: tuổi mẹ, tình trạng thai, số thai, chỉ số khối cơ thể (BMI)

- Đặc điểm cận lâm sàng: lượng huyết sắc tố (Hemoglobin), số lượng tiểu cầu, Aspartate Transaminase (AST), Alanin Amino Transferase (ALT), Lactate Dehydrogenase (LDH), Creatinin

- Xử trí tiền sản giật: tuổi thai vào viện, thời gian điều trị nội khoa, biến chứng

### 3. Xử lý số liệu

Số liệu được phân tích trên phần mềm SPSS 16.0. Các biến định lượng được biểu diễn dưới dạng trung bình hoặc trung vị. Các biến định tính được biểu diễn dưới dạng tần số. Sử dụng kiểm định T-test và Wilcoxon để so sánh các giá trị biến định lượng giữa 2 nhóm. Sử dụng kiểm định Chi-squared để so sánh các giá trị biến định tính giữa 2 nhóm. Giá trị  $p < 0,05$  được coi là có ý nghĩa thống kê.

### 4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua Hội đồng nghiên cứu khoa học của Bệnh viện Phụ sản Trung ương (Quyết định số 544/CN-PSTW). Các thông tin cá nhân của đối tượng tham gia nghiên cứu đều được giữ kín. Số liệu trong nghiên cứu không dùng cho bất kỳ một mục đích nào khác.

### III. KẾT QUẢ

#### 1. Đặc điểm lâm sàng

**Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng**

Đặc điểm lâm sàng		TSG		TSG nặng		p
		N	%	N	%	
Tuổi mẹ (năm)	< 35	44	74,6	55	72,4	0,864
	≥ 35	15	25,4	21	27,6	
Tình trạng thai	Con so	34	57,6	34	42,4	0,095
	Con đẻ	25	44,7	42	55,3	
Số lượng thai	1	43	72,9	66	86,8	0,054
	2	14	23,7	10	13,2	
	≥ 3	2	3,4	0	0	
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	< 18,5	4	6,8	7	9,2	0,519
	18,5 - 25	48	81,4	6	10,2	
	25 - 30	6	10,2	14	18,4	
	≥ 30	1	1,7	1	1,3	

Trong 135 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu, chúng tôi chia 2 nhóm gồm TSG (59 bệnh nhân) và TSG nặng (76 bệnh nhân). Tuổi trung bình của thai phụ là  $30,7 \pm 6,3$ ; trong đó nhóm tuổi 30-34 chiếm tỷ lệ cao nhất (31,1%). Không có khác biệt về tuổi mẹ, tình trạng thai, số thai và BMI giữa nhóm TSG và TSG nặng ( $p > 0,05$ ).

#### 2. Đặc điểm cận lâm sàng

**Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng**

Cận lâm sàng		TSG		TSG nặng		p
		N	%	N	%	
Hb (g/l)	≤ 110	8	13,6	3	3,9	0,058
	> 110	51	86,4	73	96,1	
Tiêu cầu (G/l)	< 100	1	1,7	3	3,9	0,633
	≥ 100	57	98,3	73	96,1	
AST (UI/l)	< 70	57	96,6	68	89,5	0,185
	≥ 70	2	3,4	8	10,5	
ALT (UI/l)	< 70	56	94,9	69	90,8	0,512
	≥ 70	3	5,1	7	9,2	
LDH (UI/l)	< 600	53	100	70	95,9	0,263
	≥ 600	0	0	3	4,1	
Creatinin (μmol/l)	≤ 106	57	96,6	69	90,8	0,16
	> 106	2	3,4	7	9,2	

Số lượng tiểu cầu trung bình của nhóm TSG nặng ( $202,25 \pm 69,24G/l$ ) thấp hơn đáng kể so với nhóm TSG ( $231,4 \pm 74,47G/l$ ) với  $p = 0,02$ . Các chỉ số AST, ALT, Creatinin của nhóm TSG nặng cao hơn so với nhóm TSG, tuy nhiên khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

### 3. Xử trí sản khoa tiền sản giật

**Bảng 3. Xử trí sản khoa TSG**

Tuổi thai vào viện	Điều trị nội khoa						Trung bình	p
	≤ 24 giờ(%)	24 - 48 giờ (%)	48 - 72 giờ (%)	3-7 ngày (%)	1-2 tuần (%)	≥ 2 tuần (%)		
28-33 tuần (N = 15)	4 (26,7)	0 (0)	0 (0)	4 (26,7)	4 (26,7)	3 (19,9)	9,9 ± 9,3	
34-36 tuần (N = 12)	7 (58,3)	1 (8,3)	0 (0)	4 (33,4)	0 (0)	0 (0)	9,9 ± 9,3	<0,001
≥37 tuần (N = 32)	31 (96,9)	1 (3,1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2,5 ± 2,2	
Tổng	31 (96,9)	1 (3,1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1,0 ± 0,2	

Trong 135 bệnh nhân tiền sản giật tham gia nghiên cứu, 14 trường hợp đã chuyển dạ khi nhập viện và 121 trường hợp chưa chuyển dạ. Thái độ xử trí sản khoa tiền sản giật được phân tích dựa trên 121 bệnh nhân chưa chuyển dạ này. Thời gian điều trị nội khoa trung bình dài nhất ở nhóm TSG tuổi thai 28 - 33 tuần ( $9,9 \pm 9,3$  ngày) và ngắn nhất ở nhóm TSG ≥ 37 tuần ( $1,0 \pm 0,2$  ngày), với khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ). 73,3% bệnh nhân TSG tuổi thai 28 - 33 tuần được điều trị nội khoa trên 3 ngày, trong khi hầu hết (96,9%) bệnh nhân TSG tuổi thai ≥ 37 tuần được đình chỉ thai nghén ngay khi vào viện. Có 5 trong số 12 bệnh nhân TSG tuổi thai 34 - 36 tuần được theo dõi điều trị nội khoa, chiếm 41,7%.

**Bảng 4. Xử trí sản khoa TSG nặng**

Tuổi thai vào viện	Điều trị nội khoa						Trung bình	p
	≤ 24 giờ(%)	24 - 48 giờ (%)	48 - 72 giờ (%)	3-7 ngày (%)	1-2 tuần (%)	≥ 2 tuần (%)		
28-33 tuần (N = 33)	24 (72,7)	3 (9,1)	2 (6,1)	2 (6,1)	1 (3)	1 (3)	2,1 ± 3,0	
34-36 tuần (N = 31)	30 (96,8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (3,2)	0 (0)	1,3 ± 1,4	< 0,001
≥37 tuần (N = 12)	12 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1,0 ± 0,0	
Tổng	66	3	2	2	2	1	1,6 ± 0,0	

Thời gian điều trị nội khoa trung bình dài nhất ở nhóm TSG nặng tuổi thai 28-33 tuần và ngắn nhất ở nhóm TSG nặng ≥ 37 tuần, tuy nhiên khác biệt không có ý nghĩa thống kê. 100% bệnh nhân TSG nặng trên 37 tuần được đình chỉ thai nghén ngay ngày đầu vào viện. Chỉ 1 trong số 31 bệnh nhân TSG nặng tuổi thai 34 - 36 tuần được theo dõi điều trị nội khoa, chiếm 3,2%.

Bảng 5. Biến chứng TSG

Tuổi thai đình chỉ	Biến chứng cho mẹ				Biến chứng cho con		p
	Sản giật (%)	Hội chứng HELLP(%)	Rau bong non (%)	Phù phổi cấp (%)	Thai suy (%)	Thai chậm phát triển trong tử cung	
28 - 33 tuần (N = 43)	1 (2,3)	2 (4,7)	2 (4,7)	1 (2,3)	8 (18,6)	20 (46,5)	
34 - 36 tuần (N = 46)	0 (0)	1 (2,2)	1 (2,2)	0 (0)	4 (8,7)	16 (34,8)	< 0,001
≥ 37 tuần (N = 46)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (4,3)	12 (26,1)	
Tổng	1	3	3	1	14	48	

Có sự khác biệt về tỷ lệ biến chứng TSG giữa các nhóm tuổi thai ( $p < 0,001$ ). Các biến chứng TSG thường gặp trong nhóm tuổi thai 28 - 36 tuần. Trong đó có một trường hợp sản giật và một trường hợp phù phổi cấp ở tuổi thai 28 - 33 tuần.

#### IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ tiền sản giật cao nhất ở nhóm tuổi 30 - 34 (31,1%), kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đây.<sup>8,9</sup> Tỷ lệ bệnh nhân TSG ≥ 35 tuổi (26,7%) cao hơn nghiên cứu của Phạm Thị Hương Giang (9,8% năm 2012 và 11,3% năm 2017).<sup>8</sup> Điều có thể giải thích do trong những năm gần đây xu hướng có thai muộn làm tăng tỷ lệ tiền sản giật ở những thai phụ ≥ 35 tuổi.<sup>10</sup> Không có khác biệt về tình trạng thai, số thai và BMI giữa nhóm TSG và TSG nặng. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Morteza và cộng sự năm 2019.<sup>11</sup>

– Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sự khác biệt về số lượng tiểu cầu trung bình giữa 2 nhóm TSG và TSG nặng, kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Gupta năm 2018.<sup>12</sup> Số lượng tiểu cầu là xét nghiệm có ý nghĩa trong theo dõi tiến triển của tiền sản giật. Những thay đổi về chỉ số hoá sinh bao gồm ALT ≥ 70 UI/l, AST ≥ 70UI/l, LDH ≥ 600UI/l, Creatinin ≥ 106µmol/l đã được chứng minh là các dấu hiệu tiên lượng

nặng của bệnh lý tiền sản giật.<sup>13,14</sup> Trong nghiên cứu này, các chỉ số trên có mức độ biến thiên lớn (ALT: 6 - 674 UI/l, AST: 12 - 631 UI/l, LDH: 128 - 3907 UI/l, Creatinin: 7 - 6067 µmol/l) và khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa nhóm TSG và TSG nặng. Kết quả này khác với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thanh Hà.<sup>15</sup> Điều này có thể lý giải do nghiên cứu của chúng tôi lựa chọn bệnh nhân với tuổi thai ≥ 28 tuần trong khi Nguyễn Thanh Hà nghiên cứu trên các thai phụ từ 20 - 28 tuần. Ngoài ra, những năm gần đây tiền sản giật được phát hiện và điều trị từ sớm nên các thai phụ trong nghiên cứu của chúng tôi chưa có sự thay đổi nhiều về chỉ số sinh hoá.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy hơn 70% bệnh nhân TSG tuổi thai 28 - 33 tuần được điều trị nội khoa trên 3 ngày, đủ thời gian cho bệnh nhân sử dụng corticoid. Trong nhóm tuổi thai 34 - 36 tuần, tỷ lệ điều trị nội khoa trên 48 giờ giảm xuống 33% với tiền sản giật và 3,2% với tiền sản giật nặng. Đối với thai phụ ≥ 37 tuần,

96,9% tiền sản giật và 100% tiền sản giật nặng được đình chỉ thai nghén ngay tại thời điểm vào viện. Điều này phù hợp với thực tế lâm sàng vì những thai nhi  $\geq 37$  tuần có khả năng sống cao và việc điều trị nội khoa sẽ gây nguy cơ biến chứng cho sản phụ. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ biến chứng TSG có sự khác biệt giữa các nhóm tuổi thai, cao nhất trong nhóm 28 - 33 tuần. Kết quả này phù hợp với những nghiên cứu trước đây.<sup>8, 15</sup> Tỷ lệ biến chứng sản giật trong nghiên cứu của chúng tôi là 0,74%; thấp hơn so với các nghiên cứu trước đây của Trần Thị Hiền năm 2013 (4,3%)<sup>9</sup> và Phạm Thị Hương Giang năm 2012 (1,4%).<sup>8</sup>

## V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình của thai phụ trong nghiên cứu của chúng tôi là  $30,7 \pm 6,3$ . Không có khác biệt về các yếu tố lâm sàng (tuổi mẹ, tình trạng thai, số thai, BMI) giữa nhóm TSG và TSG nặng. Trong các yếu tố cận lâm sàng, số lượng tiểu cầu của nhóm TSG cao hơn nhóm TSG nặng với khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Xử trí sản khoa tiền sản giật phụ thuộc vào tuổi thai và mức độ nặng của bệnh. Trong nhóm tuổi thai 34 - 36 tuần, tỷ lệ bệnh nhân được theo dõi điều trị nội khoa của nhóm TSG cao hơn nhóm TSG nặng (41,7% vs 3,2%). Bệnh nhân tiền sản giật sau 37 tuần nên được đình chỉ thai nghén.

### Lời cảm ơn

Tôi xin chân thành cảm ơn các bệnh nhân và gia đình bệnh nhân, các bác sĩ và điều dưỡng tại khoa Sản bệnh lý, Bệnh viện Phụ sản Trung ương cùng các thầy cô trong Bộ môn Phụ sản, Trường Đại học Y Hà Nội đã giúp tôi hoàn thành nghiên cứu này.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lecarpentier E, Haddad B, Goffinet F. Moyens thérapeutiques de la prise en charge de la pré-éclampsie. Medical approaches for

managing preeclampsia. *La Presse Médicale*. 2016;45(7):638-645.

2. Sibai BM. Diagnosis and management of gestational hypertension and preeclampsia. *Obstetrics and gynecology*. 2003;102(1):181-192.

3. Sauvé N, Powrie RO, Larson L, et al. The impact of an educational pamphlet on knowledge and anxiety in women with preeclampsia. *Obstetric medicine*. 2008;1(1):11-17.

4. Chappell LC, Seed PT, Briley A, et al. A longitudinal study of biochemical variables in women at risk of preeclampsia. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2002;187(1):127-136.

5. Dusse LM, Carvalho MG, Getliffe K, Voegeli D, Cooper AJ, Lwaleed BA. Total plasma tissue factor pathway inhibitor levels in preeclampsia. *Clinica chimica acta; international journal of clinical chemistry*. 2008;388(1-2):230-232.

6. Dymara-Konopka W, Laskowska M, Oleszczuk J. Preeclampsia - Current Management and Future Approach. *Current pharmaceutical biotechnology*. 2018;19(10):786-796.

7. Hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. *Obstetrics and gynecology*. 2013;122(5):1122-1131.

8. Giang PTH, Hiền PTT. Nhận xét thái độ xử trí tiền sản giật tại BV Phụ sản Thanh Hóa trong 2 giai đoạn năm 2012 và 2017. Luận văn Thạc sĩ y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2018.

9. Hiền TT, Hình ND, Cường TD. So sánh thái độ xử trí tiền sản giật trong năm 2008 và năm 2013 tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương. Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp II. Trường Đại học Y Hà Nội; 2014.

10. Sheen JJ, Huang Y, Andrikopoulou M, et al. Maternal Age and Preeclampsia Outcomes during Delivery Hospitalizations. *American journal of perinatology*. 2020;37(1):44-52.
11. Motedayen M, Rafiei M, Rezaei Tavirani M, Sayehmiri K, Dousti M. The relationship between body mass index and preeclampsia: A systematic review and meta-analysis. *Int J Reprod Biomed*. 2019;17(7):463-472.
12. Gupta A, Gaur B, Mishra K, Dubey I. A comparison of platelet count in severe preeclampsia, mild preeclampsia and normal pregnancy. *International Journal of Research in Medical Sciences*. 2018;6:671.
13. Jaiswar SP, Gupta A, Sachan R, Natsu SN, Shaili M. Lactic dehydrogenase: a biochemical marker for preeclampsia-eclampsia. *J Obstet Gynaecol India*. 2011;61(6):645-648.
14. Dacaj R, Izetbegovic S, Stojkanovic G, Dreshaj S. Elevated Liver Enzymes in Cases of Preeclampsia and Intrauterine Growth Restriction. *Medical archives (Sarajevo, Bosnia and Herzegovina)*. 2016;70(1):44-47.
15. Hà NT, Tiến NV. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và xử trí tiền sản giật tại bệnh viện phụ sản trung ương. Luận văn Bác sỹ chuyên khoa cấp II. Trường Đại học Y Hà Nội; 2016.

## Summary

### CLINICAL FEATURES, LABORATORY TESTS AND CURRENT TREATMENTS OF PREECLAMPSIA IN NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Preeclampsia is one of the leading causes of maternal and neonatal mortality. Prevention, diagnosis, treatment, and prognosis are important. We conducted a prospective observational study to describe the clinical features, laboratory tests and current treatments for preeclampsia among 135 pregnant women who were diagnosed with preeclampsia and treated in National Hospital of Obstetrics and Gynecology from 01/08/2019 to 01/08/2020. The average maternal age was  $30.7 \pm 6.3$ ; 31.1% of the mother were between 30-34-years old. Women with severe preeclampsia group had significantly higher platelet count than women with preeclampsia ( $231.4 \pm 74.47\text{G/l}$  vs.  $202.3 \pm 69.24\text{G/l}$ ,  $p = 0.02$ ). There was no significant difference in the measurements of AST, ALT, Creatinin, LDH between the preeclampsia group and the severe preeclampsia group. The mean duration of medical treatment among women in week 24 - 33 of gestation was  $9.9 \pm 9.3$  days, which was significantly higher than the duration of treatment among women in week 37 or later of gestation ( $1.0 \pm 0.2$  days,  $p < 0.01$ ). The majority (> 95%) of women in  $\geq 37$  weeks of gestation was induced immediately upon admission. There was a difference in the rate of preeclampsia complications among different gestational age groups ( $p < 0.01$ ). Complications of preeclampsia were the most common in the 28 - 36 weeks gestation age groups. Our study showed that platelet could serve as a prognostic index for pregnant women with preeclampsia. Treatment of preeclampsia depended on gestational ages and disease severity. Pregnant women who had preeclampsia and were past 37 weeks of gestation should be delivered.

**Keywords:** preeclampsia, eclampsia