

NGHIÊN CỨU TÌNH HÌNH VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TIỀN SẢN GIẬT NẶNG TẠI KHOA SẢN-BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ

Dương Mỹ Linh, Bùi Quang Nghĩa, Phan Nguyễn Hoàng Phương*

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Email: dbmlinh@yahoo.com

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tiền sản giật là bệnh rất thường gặp trong thai kỳ và là bệnh lý phức tạp xảy ra ở nửa sau thời kỳ thai nghén, đặc biệt là tiền sản giật ở thể nặng gây ra nhiều biến chứng nặng nề cho mẹ và thai nhi. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỷ lệ tiền sản giật nặng và tìm hiểu các yếu tố liên quan đến tiền sản giật nặng đồng thời đánh giá kết quả điều trị tiền sản giật nặng tại Khoa Sản- Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang 92 thai phụ tiền sản giật tại khoa sản - Bệnh viện đa khoa trung ương Cần Thơ trong thời gian nghiên cứu từ tháng 10/2016 đến 10/2017 xác định tỷ lệ tiền sản giật nặng, ghi nhận các đặc điểm về tiền sử bệnh của bản thân và gia đình, tiền thai và phương pháp sinh, biến chứng cho mẹ và con, chỉ số Apgar của trẻ sơ sinh và ngày nằm viện. **Kết quả:** Tỷ lệ tiền sản giật nặng là 69,6%, tỷ lệ tiền sản giật nặng ở nhóm tuổi mẹ < 20 tuổi & ≥ 35 tuổi là 46,9%; tuổi thai < 37 tuần có tỷ lệ tiền sản giật nặng là 70,3%, 65,6% thai phụ tiền sản giật nặng mang thai lần đầu. Một số yếu tố có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tiền sản giật nặng sau khi phân tích đa biến là: nhóm tuổi mẹ với $p=0,03$; $OR = 3,6$ (2,1 – 7,2); nơi cư trú với $p = 0,04$; $OR = 2,13$ (1,03 – 6,3), nhóm tuổi thai với $p=0,03$; $OR = 3,03$ (95%: 1,1 – 9,0); kết quả thai phụ tiền sản giật nặng sinh thường 25%; mổ lấy thai 75%; trẻ sơ sinh có điểm số Apgar 4 – 6 ở phút đầu tiên là 49,3%, biến chứng trên thai phụ là 39,1%, biến chứng trên trẻ sơ sinh là 49,3%, 100% trường hợp thai phụ và trẻ sơ sinh khỏe mạnh xuất viện, số ngày nằm viện trung bình của thai phụ tiền sản giật nặng $6,91 \pm 1,68$ ngày. **Kết luận:** Tiền sản giật nặng chiếm 69,6%; nguy cơ bệnh tăng cao khi tuổi thai càng nhỏ và nếu được điều trị kịp thời sẽ giảm thiểu những biến chứng nguy hiểm trên mẹ và thai.

Từ khóa: tiền sản giật nặng, kết quả điều trị tiền sản giật nặng.

ABSTRACTS

EVALUATION OF RATE, ASSOCIATION FACTORS AND OUTCOMES FOR PATIENTS WITH SEVERE ECLAMPSIA IN OBSTETRICS DEPARTMENT, CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL

Duong My Linh, Bui Quang Nghia

Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Pre-eclampsia is a disorder of pregnancy characterized by the onset of high blood pressure and often a significant amount of protein in the urine. A severe pre-eclampsia increases the risk of poor outcomes for both the mother and the baby. **Objectives:** To determine the prevalence of severe pre-eclampsia and association factors and evaluate the results of intensive pre-eclampsia treatment in Obstetrics Department, Cantho Central General Hospital. **Materials and method:** A cross-sectional study was conducted. Which was included 92 patients with pre-eclampsia in Obstetrics Department, Cantho Central General Hospital, from October 2016 to October 2017 to identify a severe pre-eclamptic, characteristics of history self and family, prenatal, postnatal, maternal and neonatal outcomes, neonatal Apgar score and hospitalization time. **Results:** The prevalence of severe pre-eclampsia was 69,6%, the prevalence of severe pre-eclampsia was 4,9% in the age group of 20 years & ≥ 35 years; gestational age <37 weeks had a high pre-eclampsia rate of 70,3%, 65,6% of pre-eclampsia was pre-eclampsia. A number of factors were significant associated with pre-eclampsia after multivariate analysis: maternal age group with $p = 0,03$; $OR = 3,6$ (95% CI: 2,1 – 7,2); residence with $p = 0,04$; $OR = 2,13$ (95% CI: 1,03-6,3); gestational age with $p = 0,03$; $OR = 3,03$ (95% CI: 1,1 – 9,0). Pregnancy results in severe

*preeclampsia were usually 25%; caesarean section 75%; Newborns have an Apgar score of 4-6 in the first minute, 49,3%, complications in pregnancy were 39,1%, neonatal complications were 49,3%, 100% in pregnant women and Healthy neonatal discharge from hospital, the average number of hospitalization days for severe pre-eclampsia $6,91 \pm 1,68$ days. **Conclusion:** The prevalence of severe pre-eclampsia was 69,6%, the risk of disease increased when the gestational age was smaller and if being treated promptly, it will minimize dangerous complications on the mother and the fetus.*

Keywords: Severe pre-eclampsia, pre-eclampsia outcomes.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiền sản giật chiếm 4 - 5% trong thai kỳ, là một bệnh lý gây ảnh hưởng đến tính mạng thai phụ và thai nhi và đặc biệt nghiêm trọng nếu tiến triển thành tiền sản giật nặng [9],[12]. Cho đến hiện nay các nhà khoa học vẫn chưa tìm ra nguyên nhân gây tiền sản giật cũng như biện pháp hữu hiệu để ngăn chặn bệnh mà chỉ giới hạn ở việc giúp phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm và can thiệp điều trị tránh diễn biến thành thể tiền sản giật nặng cũng như hạn chế những biến chứng nặng nề thậm chí gây tử vong mẹ và con do tiền sản giật nặng gây ra [9]. Nhằm xác định tỷ lệ bệnh hiện tại bao nhiêu cũng như những yếu tố nào có liên quan đến diễn tiến mức độ nặng của bệnh để có biện pháp thích hợp hỗ trợ hoặc can thiệp điều trị sớm tránh để bệnh gây ra những biến chứng nặng nề cho cả mẹ và con chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với 3 mục tiêu:

1. Xác định tỷ lệ tiền sản giật nặng tại Khoa Sản – Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ.
2. Tìm hiểu các yếu tố liên quan đến tiền sản giật nặng tại Khoa Sản- Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ.
3. Đánh giá kết quả điều trị tiền sản giật nặng tại Khoa Sản- Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: tất cả các thai phụ được chẩn đoán tiền sản giật nhập viện sinh tại Khoa Sản - Bệnh viện đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 10 năm 2016 đến tháng 10 năm 2017.

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu cắt ngang mô tả có phân tích.

Cỡ mẫu: chúng tôi đã thu thập được 92 trường hợp.

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện, lấy tất cả các trường hợp thai phụ vào viện được chẩn đoán tiền sản giật, thai sống, có chỉ định chấm dứt thai kỳ và không lên cơn co giật trước khi vào viện trong thời gian tiến hành nghiên cứu.

Nội dung nghiên cứu: chúng tôi tiến hành hỏi bệnh, ghi nhận các đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu, khám lâm sàng, ghi nhận kết quả cận lâm sàng cũng như kết quả điều trị những trường hợp tiền sản giật nặng.

Phương pháp xử lý số liệu: phân tích số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS 18.0. Phân tích mối liên quan bằng phép kiểm chi bình phương (χ^2) và kiểm định OR.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố nhóm tuổi thai phụ

Nhóm tuổi	Tần số (n = 92)	Tỷ lệ %
< 20	10	10,9
20 - 34	56	60,9
≥ 35	26	28,3
Tuổi mẹ trung bình: 30,4 ± 6,69 (nhỏ nhất: 18, lớn nhất: 43)		

Tuổi thai 20 – 34 chiếm 60,9%, ≥ 35 tuổi chiếm 28,3%.

Bảng 2. Phân bố nghề nghiệp thai phụ

Nghề nghiệp	Tần số	Tỷ lệ %
Công nhân viên	11	12,0
Công nhân	21	22,8
Nông dân	34	37,0
Buôn bán	12	13,0
Khác	14	15,2
Tổng cộng	92	100

Nông dân chiếm 37%, công nhân 22,8%, buôn bán 13%.

3.2 Tỷ lệ tiền sản giật nặng

Bảng 3. Tỷ lệ tiền sản giật nặng

Tiền sản giật	Tần số	Tỷ lệ %
Nhẹ	28	30,4
Nặng	64	69,6
Tổng cộng	92	100

Tiền sản giật nặng có 64 trường hợp chiếm 69,6%, tiền sản giật nhẹ chiếm 30,4%.

Bảng 4. Tỷ lệ tiền sản giật nặng theo đặc điểm chung

	Tần số (n = 64)	Tỷ lệ %
Nhóm tuổi mẹ		
< 20 tuổi và ≥ 35 tuổi	30	46,9
20 – 34 tuổi	34	53,1
Nhóm tuổi thai		
< 37 tuần	45	70,3
≥ 37 tuần	19	29,7
Tuổi thai trung bình: 35,63 ± 2,48 tuần (nhỏ nhất: 30, lớn nhất: 39)		
Tiền thai		
Con so	42	65,6
Con rạ	22	34,4
Tiền sử dị ứng		
Có	12	18,8
Không	52	81,3

Tỷ lệ tiền sản giật nặng ở nhóm tuổi < 20 tuổi và ≥ 35 tuổi chiếm 46,9%; nhóm tuổi thai < 37 tuần chiếm 70,3%; con so chiếm 65,6%; có tiền sử dị ứng chiếm 18,8%.

3.3 Các yếu tố liên quan đến tiền sản giật nặng

Bảng 5. Phân tích hồi quy logistic đa biến các yếu tố với tiền sản giật nặng

Yếu tố	Đơn biến		Đa biến	
	OR (KTC 95%)	p	OR(KTC 95%)	p
Nhóm tuổi mẹ (< 20 và ≥ 35- 20 – 34)	2,5 (1,02 - 6,5)	0,02	3,6 (2,1 – 7,2)	0,03
Nơi cư trú (nông thôn- thành thị)	2,67 (1,01 – 7,29)	0,04	2,13 (1,03 – 6,3)	0,04
Tiền sử dị ứng (có- không)	1,41 (1,1 – 1,8)	0,04	5,65 (0,6 – 18,7)	0,11
Nhóm tuổi thai (< 37 - > 37 tuần)	3,6 (1,4 – 9,3)	0,04	3,03 (1,1 – 9,0)	0,03

Khi phân tích hồi quy logistic xác định được 3 yếu tố là nguy cơ thật sự với TSG nặng là nhóm tuổi mẹ, nơi cư trú và nhóm tuổi thai.

3.4 Kết quả điều trị tiền sản giật nặng

Bảng 6. Phương pháp sinh

Phương pháp sinh	Tần số (n=64)	Tỷ lệ %
Sinh thường	16	25
Mổ lấy thai	48	75

25% thai phụ tiền sản giật nặng được sinh thường, 75% được mổ lấy thai.

Bảng 7. Điểm số Apgar của trẻ

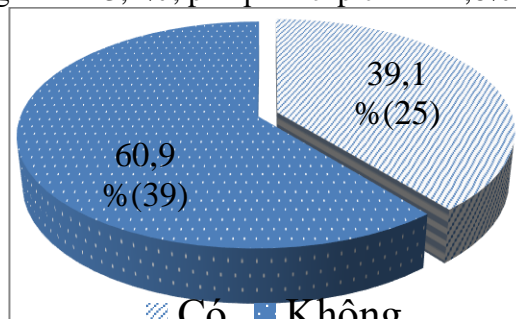
Điểm số Apgar	1 phút (n=71)		5 phút (n=71)	
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)
4 - 6 điểm	36	49,3	13	18,3
≥ 7 điểm	35	50,7	58	81,7

Có 7 trường hợp thai phụ sinh song thai nên có tất cả 71 trẻ được sinh ra từ 64 thai phụ tiền sản giật nặng. Apgar 1 phút ≥ 7 điểm chiếm 50,7%, 5 phút chiếm 81,7%.

Bảng 8. Các loại biến chứng trên mẹ

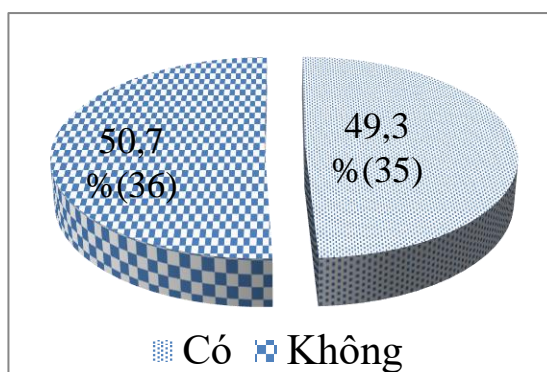
Biến chứng	Đặc điểm	Tần số (n=64)	Tỷ lệ
Sản giật	Có	4	6,3
	Không	56	87,5
Nhau bong non	Có	3	4,7
	Không	61	95,3
Hội chứng Hellp	Có	10	15,6
	Không	51	79,7
Suy thận cấp	Có	3	4,7
	Không	61	95,3
Nhiễm trùng vết mổ	Có	2	3,1
	Không	59	92,2
Xuất huyết não	Có	2	3,1
	Không	60	93,7
Phù phổi cấp	Có	1	1,6
	Không	62	96,9
Băng huyết sau sinh	Có	3	4,7
	Không	59	92,2

Nhiều biến chứng có thể cùng xảy ra trên thai phụ. Sản giật 6,3%; nhau bong non, suy thận cấp và băng huyết sau sinh cùng chiếm 4,7%; hội chứng Hellp 15,6%; nhiễm trùng vết mổ và xuất huyết não cùng chiếm 3,1%; phù phổi cấp chiếm 1,6%.



Biểu đồ 1: Biến chứng mẹ

Trong nghiên cứu có 25 trường hợp thai phụ TSG nặng có biến chứng xảy ra chiếm 39,1%; 39 trường hợp bình thường chiếm 60,9%.



Biểu đồ 2: Biến chứng con

Có 35 trẻ bị biến chứng của bệnh chiếm 49,3%; 36 trẻ khỏe mạnh chiếm 50,7%; không ghi nhận trường hợp nào trẻ tử vong sau sinh.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tuổi trung bình của thai phụ (TP) là $30,4 \pm 6,69$ tuổi, tập trung nhiều ở nhóm tuổi 20 – 34 tuổi chiếm 60,9% đây là nhóm tuổi hoạt động tình dục và sinh đẻ nhiều nhất. Kết quả này cũng tương tự với Nguyễn Thị Thủy (2015) tuổi trung bình của TP tiền sản giật (TSG) là $29,4 \pm 6,29$ tuổi với 79,37% TP trong độ tuổi 19 – 35 [5] và Lý Thị Trăng Thanh (2013) tuổi trung bình của TP TSG là $29,2 \pm 6,4$ tuổi, tuổi nhỏ nhất là 16, tuổi lớn nhất là 44 [4]. Nghề nghiệp chủ yếu là nông dân 37%, kế đến là công nhân 22,8%, công nhân viên chiếm tỷ lệ thấp nhất 12%, nghề khác bao gồm thợ may, thợ uốn tóc, ... chiếm 15,2%, kết quả này cũng tương tự nghiên cứu của Dương Mỹ Linh (2008) báo cáo thai phụ bị tăng huyết áp thai kỳ chủ yếu là làm nông chiếm 37,31%; nội trợ 32,8%; công nhân viên 7,46% [3].

4.2 Tỷ lệ tiền sản giật nặng

Trong nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận TSG nhẹ chiếm 30,4%, TSG nặng chiếm 69,6%. Triệu chứng chẩn đoán TSG trong nghiên cứu chủ yếu là dựa vào giá trị của huyết áp, giá trị tiểu cầu giảm, men gan tăng, protein niệu, còn lại số ít là dựa vào các tiêu chuẩn còn lại của TSG nặng như thai chậm tăng trưởng trong tử cung, thiếu niệu, tăng creatinine

huyết, ... Tương tự, Lý Thị Trăng Thanh (2013) nghiên cứu trên 120 TP bị TSG ghi nhận tỷ lệ TSG nặng là 74,2% [4]. Tương tự, theo Weiner E và cộng sự (2018) ghi nhận tỷ lệ TP TSG nặng là 65,3%; tỷ lệ TSG nhẹ là 34,7% [12]. Abalos E (2014) nghiên cứu trên 357 cơ sở y tế tại 29 quốc gia ở Châu Phi, Châu Á, Châu Mỹ Latinh và Trung Đông ghi nhận tỷ lệ TSG nặng là 27,6% [7]. Theo Silva D.A (2017) nghiên cứu tại Canada trên 631 TP TSG báo cáo tỷ lệ TSG nặng là 30,1%; việc chẩn đoán TSG nặng tác giả dựa vào các yếu tố như giá trị HA 21,9%; nồng độ protein niệu tăng cao và tác giả chọn đối tượng nghiên cứu có tuổi thai < 29 tuần do đó tỷ lệ TSG nặng thấp hơn nhiều so với chúng tôi [11].

Tỷ lệ tiền sản giật nặng ở nhóm tuổi < 20 tuổi và ≥ 35 tuổi chiếm 46,9%; ở nhóm tuổi thai < 37 tuần chiếm 70,3%; con so chiếm 65,6%; có tiền sử dị ứng chiếm 18,8%. Tương tự Lý Thị Trăng Thanh (2013) báo cáo tỷ lệ TP TSG nặng thuộc nhóm tuổi < 20 và > 30 tuổi là 41,5%; nhóm tuổi 20 - 30 chiếm 58,4%; nhóm con so chiếm 49,4%; nhóm con rạ chiếm 50,6%; TP TSG nặng thuộc nhóm lao động chân tay chiếm 80,9%; nhóm lao động trí óc chiếm 19,1%; TP TSG nặng ở nông thôn chiếm 80,7%; thành thị 19,3% [4].

4.3 Các yếu tố liên quan đến tiền sản giật nặng

Khi phân tích đa biến chúng tôi ghi nhận có 3 yếu tố có liên quan đến mức độ nặng của tiền sản giật là nhóm tuổi mẹ (tuổi mẹ < 20 và > 35 làm tăng xuất độ TSG nặng gấp 3,6 lần), nơi cư trú (TP sống ở nông thôn nguy cơ mắc TSG gấp 2,13 lần so với sống ở thành thị) và nhóm tuổi thai (tuổi thai càng nhỏ càng làm tăng xuất độ TSG nặng lên gấp 3 lần). Tương tự, Lý Thị Trăng Thanh cũng báo cáo có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nhóm tuổi mẹ với mức độ nặng của TSG với $p=0,03$ nhưng tác giả không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa về mặt thống kê giữa TSG nặng với nơi cư trú [4]. Abalos E. (2014) cũng tìm thấy mối liên quan giữa tuổi thai và bệnh lý TSG [7].

4.4 Kết quả điều trị tiền sản giật nặng

64 trường hợp TP TSG nặng nhập viện kết quả sinh thường 25%, mổ lấy thai (MLT) 75%; không có trường hợp nào sinh thủ thuật. Đào Thị Thanh Hương cho rằng MLT để kết thúc thai kỳ là chọn lựa thường được nghĩ đến khi gặp bệnh lý TSG nặng [1]. Huỳnh Nguyễn Khánh Trang (2017) trong một nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu kéo dài trong 4 năm tại bệnh viện Hùng Vương cho rằng phòng ngừa TSG có biến chứng là chấm dứt thai kỳ khi TSG có diễn tiến trở nặng và chọn lựa thời điểm chấm dứt thai kỳ thích hợp là quan điểm được đa số chấp nhận hiện nay [6].

Biến chứng cho mẹ trên bệnh cảnh TSG nặng rất đa dạng và phức tạp như nguy cơ nhau bong non, sản giật, rối loạn đông máu, suy thận, xuất huyết não, ... [9]. Trong đó hội chứng (HC) HELLP là biến chứng đáng sợ nhất, y văn ghi nhận tỷ lệ HC HELLP thay đổi từ 10-20% trong TSG nặng và sản giật, khoảng 70% HC này xuất hiện trước khi sinh, 30% xảy ra sau sinh [9]. 100% TP TSG nặng khỏe mạnh ra viện tương tự với báo cáo của Đỗ Thị Hương Huyền [2].

81,7% trẻ có điểm số Apgar phút thứ 5 > 7 điểm, không có trường hợp nào < 4 điểm. Tình trạng trẻ vừa mới sinh ra ở những bà mẹ TSG nặng nói chung là tốt nếu như chúng ta có sự chuẩn bị đầy đủ và chu đáo các phương tiện hồi sức thai kịp thời, nhanh chóng kết hợp với sự phối hợp chặt chẽ giữa các nhà sản khoa và nhi sơ sinh.

Trong 71 trẻ được sinh ra trên 64 TP TSG nặng có 35 trẻ bị biến chứng của bệnh chiếm 49,3%; 36 trẻ khỏe mạnh chiếm 50,7%. Trong đó, suy thai cấp 21,1%; thai chậm phát triển trong tử cung 19,7%; sinh non và trẻ nhẹ cân lúc sinh cùng chiếm 63,4%; thai chết lưu 5,6%; không ghi nhận trường hợp nào trẻ tử vong sau sinh. Như vậy, bệnh lý TSG nặng đã

gây tác động xấu đến sức khỏe thai nhi trong gần 50% trường hợp. Mặc dù tỷ lệ thai chậm tăng trưởng thấp hơn nhiều so với Lý Thị Trăng Thanh (2013) báo cáo tỷ lệ này là 48,3% [4] song chúng ta cần lưu ý trên những trường hợp này thai có sức chịu đựng kém hơn so với thai bình thường. Các thai nhi có thể tử vong trong chuyển dạ bằng biểu hiện suy thai cấp.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ tiền sản giật nặng chiếm 69,6%, các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với tiền sản giật nặng là nhóm tuổi mẹ, nơi cư trú và nhóm tuổi thai, kết quả thai phụ tiền sản giật nặng được sinh thường 25%, mổ lấy thai 75%; tình trạng trẻ vừa mới sinh ra ở những bà mẹ tiền sản giật nặng nói chung là tốt với 81,7% trẻ có điểm số Apgar phút thứ 5 > 7 điểm, biến chứng trên thai phụ là 39,1%, biến chứng trên trẻ sơ sinh là 49,3%, 100% trường hợp thai phụ và trẻ sơ sinh khỏe mạnh xuất viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đào Thị Thanh Hương, Đặng Thị Minh Nguyệt (2010), “Nhận xét về chỉ định mổ lấy thai trong tiền sản giật”, *Tạp chí Nghiên cứu y học*, 71(6), tr.11 – 15.
2. Đỗ Thị Hương Huyền (2014), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị tiền sản giật tại khoa sản bệnh viện đa khoa tỉnh Sóc Trăng*, Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp 2, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
3. Dương Mỹ Linh (2008), *Tỷ lệ tăng huyết áp trong thai kỳ và các yếu tố liên quan tại huyện Cờ Đỏ- Thành phố Cần Thơ*, luận văn thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
4. Lý Thị Trăng Thanh (2013), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị tiền sản giật ở thai phụ nhập viện sanh tại khoa sản bệnh viện đa khoa trung ương Cần Thơ*, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ đa khoa, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
5. Nguyễn Thị Thủy (2015), *Nghiên cứu một số chỉ số sinh hóa, huyết học và kết quả điều trị tiền sản giật tại bệnh viện đa khoa trung ương Cần Thơ*, Luận văn bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
6. Huỳnh Nguyễn Khánh Trang (2017), *Từ y học chứng cứ đến thực hành sản giật: phát hiện – xử trí – dự phòng*, *Hội nghị khoa học thường niên- hội nội tiết sinh sản và vô sinh thành phố Hồ Chí Minh lần XIII*, tr. 56-58.
7. Abalos E., C. Cuesta, et al (2014), “Preeclampsia, eclampsia and adverse maternal and perinatal outcomes: a secondary analysis of the world health organization”, *On behalf of the WHO multicountry survey on maternal and newborn health research network*, pp.14-24.
8. Aloizos S, Seretis C, Liakos N, et al (2013), “HELLP syndrome: Understanding and management of a pregnancy-specific disease”, *of obstetrics and gynaecology*, 33(4), pp.331-337.
9. Cunningham FG, Gant NF, et.al (2018), “Hypertensive disorder in pregnancy”, *William obstetrics, McGraw - Hill*, 25st edition, pp.710-748.
10. Mounira Habli, Baha.M.Sibai (2008), “Hypertensive disorder of pregnancy”, *Danforth’s obstetrics and Gynecology, 10th edition*, pp.258-275.
11. Silva D.A, et al (2017), “Determinants of magnesium sulphate use in women hospitalized at <29 weeks with severe or non-severe pre-eclampsia”, *US National library medicine national institutes of health*, Vol 12(12).
12. Weiner E, et al (2018), “Placental histopathological lesions in correlation with neonatal outcome in preeclampsia with and without severe features”, *Pregnancy Hypertens*.Vol 12, pp. 6-10

(Ngày nhận bài: 22/9/2019 - Ngày duyệt đăng: 07/11/2019)
