

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỬ DỤNG THUỐC ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP
Ở THAI PHỤ TIỀN SẢN GIẬT, SẢN GIẬT TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN
THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2021-2022**

Trần Thị Thanh Trúc^{1}, Phạm Thành Suôi²*

1. Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ

2. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

**Email: thanhtruckd2013@gmail.com*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tăng huyết áp là bệnh lý nội khoa thường gặp ở phụ nữ mang thai, là một trong ba nguyên nhân quan trọng gây tử vong mẹ trên toàn thế giới. **Mục tiêu nghiên cứu:** 1. Xác định đặc điểm sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp trên thai phụ tiền sản giật, sản giật; 2. Đánh giá kết quả điều trị tăng huyết áp trên thai phụ tiền sản giật, sản giật. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang trên 399 phụ nữ mang thai được chẩn đoán và điều trị tiền sản giật, sản giật tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ từ 3/2021 đến 5/2022. Phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. **Kết quả:** Thuốc sử dụng trong điều trị tăng huyết áp ở thai phụ là Methyldopa (96,7%); Nifedipine (78,7%), Nicardipine (33,1%), Furosemid (16,0%). Tỷ lệ sử dụng thuốc điều trị huyết áp thành công ở thai phụ tiền sản giật, sản giật là 94,5%. **Kết luận:** Việc sử dụng đơn thuốc hoặc phối hợp các loại thuốc Methyldopa, Nifedipine, Nicardipine, Furosemid có hiệu quả trong hạ huyết áp ở thai phụ tiền sản giật, sản giật.

Từ khóa: Thuốc điều trị tăng huyết áp, tiền sản giật, sản giật

ABSTRACT

ASSESSING THE USING RESULTS OF MEDICATIONS TO TREAT HIGH BLOOD PRESSURE IN PREGNANT WOMEN WITH PRE-ECLAMPSIA AND ECLAMPSIA AT CAN THO GYNECOLOGY AND OBSTETRICS HOSPITAL IN 2021-2022

Tran Thi Thanh Truc^{1}, Pham Thanh Suol²*

1. Can Tho Gynecology and Obstetrics Hospital

2. Can Tho University Medicine and Pharmacy

Background: Hypertension is a common medical condition in pregnant women, and is one of three important causes of maternal mortality worldwide. **Objectives:** 1. To determine the characteristics of using drugs to treat high blood pressure in pregnant women with pre-eclampsia and eclampsia; 2. To evaluate the results of hypertension treatment in pregnant women with pre-eclampsia and eclampsia. **Materials and methods:** A cross-sectional study was conducted on 399 pregnant women with pre-eclampsia and eclampsia at Can Tho Gynecology and Obstetrics Hospital from March 2021 to May 2022. Data was analyzed by SPSS 20.0 software. **Results:** The drug used in the treatment of hypertension in pregnant women was Methyldopa, Nifedipine, Nicardipine, and Furosemide accounting for 96.7%, 78.7%, 33.1%, and 16.0% respectively. The rate of successful use of antihypertensive drugs in pregnant women with preeclampsia and eclampsia was 94.5%. **Conclusion:** The use of prescription or combination of drugs Methyldopa, Nifedipine, Nicardipine, and Furosemide is effective in lowering blood pressure in pregnant women with pre-eclampsia and eclampsia.

Keywords: Drugs to treat hypertension, pre-eclampsia, eclampsia

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) là bệnh lý nội khoa thường gặp ở phụ nữ mang thai, chiếm tỷ lệ khoảng 10% trong tổng số thai phụ [2]. Tăng huyết áp thai kỳ có thể xảy ra những biến chứng xấu, có nhiều nguy cơ cho thai phụ lẫn thai nhi, trong đó, tiền sản giật (TSG) là thể bệnh thường gặp nhất trong THA thai kỳ. Khi TSG nặng có thể dẫn đến những biến chứng rất nặng nề cho thai phụ như phù phổi cấp; nhau bong non; suy thận... thậm chí gây tử vong; TSG nặng còn có thể gây ảnh hưởng trực tiếp đến thai nhi: thai chết lưu, thai chậm tăng trưởng trong tử cung, sinh non tháng, tử vong chu sinh [9]. Sinh mổ là biện pháp xử trí triệt để TSG, sản giật nhưng rất hiếm vì thời điểm sinh mổ còn phụ thuộc vào tuổi thai, tình trạng sức khỏe của thai nhi và mức độ nặng bệnh. Vì vậy điều trị THA ổn định vẫn là vấn đề tiên quyết trong điều trị THA thai kỳ nhằm giảm biến chứng nặng nề cho mẹ và thai nhi. Việc sử dụng thuốc trong điều trị và dự phòng TSG, sản giật cho mẹ đồng thời cũng có thể tác động lên con. Thực tế, một thai phụ được chẩn đoán TSG, sản giật có thể phải sử dụng 7-8 loại thuốc khác nhau, chính vì vậy, nghiên cứu tiến hành với mục tiêu:

+ Xác định đặc điểm sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp trên thai phụ tiền sản giật, sản giật tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ năm 2021-2022.

+ Đánh giá kết quả điều trị trên thai phụ tiền sản giật, sản giật tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ năm 2021-2022.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Phụ nữ mang thai được chẩn đoán và điều trị tiền sản giật, sản giật tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ từ 3/2021 đến 5/2022.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Thai phụ được chẩn đoán tiền sản giật, sản giật điều trị có chỉ định sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Chuyên viện trong thời gian nghiên cứu; người có tiền sử bệnh gan, thận, bệnh tim, bệnh Basedow; trường hợp đa thai, dị tật bẩm sinh.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang.

- **Cỡ mẫu:** $n = Z^2_{1-\alpha/2} \frac{p(1-p)}{d^2}$

p là tỷ lệ sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp ở thai phụ tiền sản giật. Nguyễn Hiền Việt Anh (2018) [1] ghi nhận Methyldopa (p1=85,3%), Nifedipin (p2=54%), furosemide (p3=15,6%), nicardipin (p4=10,9%).

Chọn d=0,05. Thay số vào công thức, ta được n1=193, n2=382, n3=203, n4=150. Chọn cỡ mẫu lớn nhất n=382. Thực tế nghiên cứu trên n=399.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện.

- **Nội dung nghiên cứu:** Đặc điểm chung: tuổi, nghề nghiệp, nơi cư trú, triệu chứng lâm sàng, tuổi thai, tiền sử, tình trạng huyết áp, mức độ bệnh. Đặc điểm sử dụng thuốc điều trị THA: các loại thuốc điều trị THA, phối hợp thuốc. Đánh giá hiệu quả điều trị THA trên thai phụ TSG, sản giật: sự thay đổi huyết áp, trước và sau điều trị. Đánh giá điều trị thành công: (1) HA trung bình sau 2 giờ không giảm quá 25% so với HA ban đầu, (1) Và huyết áp tâm thu (HATT) ở mức <150 mmHg + huyết áp tâm trương (HATTr) ở mức <100 mmHg [2].

- **Phương pháp thu thập số liệu:** Hỏi bệnh, đo huyết áp, thăm khám lâm sàng, xem hồ sơ bệnh án và phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân thông tin chung, tiền sử bệnh.

- **Xử lý số liệu:** Phần mềm thống kê SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh nhân

Tuổi trung bình của thai phụ là 32,4 tuổi, thấp nhất 16 tuổi, cao nhất 48 tuổi; chủ yếu dưới 35 tuổi; cư trú tại nông thôn chiếm 52,8%; nghề chủ yếu là nội trợ chiếm 32,4%; thứ 2 là công chức, viên chức chiếm 21,8%, thứ 3 là công nhân chiếm 16,3%; thấp nhất nông dân chiếm 9,3%. Tuổi thai trung bình là 35,2 tuần; chủ yếu ≥ 37 tuần chiếm 43,3%; có 26,1% thai phụ có TSG, sản giật ở tuổi thai 20-33 tuần 6 ngày. Có 9,0% thai phụ có tiền sử THA; 2,3% có tiền sử ĐTD.

Bảng 1. Phân loại mức độ tăng huyết áp (n=399)

	Phân loại tăng huyết áp	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Huyết áp tâm thu	<160mmHg	241	60,4
	≥ 160 mmHg	158	39,6
	Trung bình \pm Độ lệch chuẩn	154,5 \pm 20,9	
Huyết áp tâm trương	<110 mmHg	331	83,0
	≥ 110 mmHg	68	17,0

TẠP CHÍ Y DƯỢC HỌC CẦN THƠ – SỐ 54/2022

Phân loại tăng huyết áp		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Trung bình ± Độ lệch chuẩn		97,1 ± 13,4	
Phân loại mức độ bệnh	TSG chưa có dấu hiệu nặng	211	52,9
	TSG có dấu hiệu nặng	148	37,1
	Sản giật	4	1,0
	TSG chưa có dấu hiệu nặng trên nền THA mạn	12	3,0
	TSG có dấu hiệu nặng trên nền THA mạn	24	6,0

Nhận xét: HATT trung bình trước điều trị là 154,5±20,9mmHg; HATT trung bình là 97,1±13,4mmHg; 39,6% thai phụ có HATT ≥160mmHg; 17% thai phụ có HATT từ 110mmHg trở lên. Có 52,9% TSG chưa có dấu hiệu nặng; 37,1% TSG có dấu hiệu nặng, 1% sản giật.

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng của thai phụ tiền sản giật, sản giật

Triệu chứng lâm sàng	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nhức đầu, chóng mặt	52	13,0
Phù ngoại vi	18	4,5
Rối loạn thị giác	8	2,0
Đau vùng thượng vị, bụng trên	7	1,8
Nôn, buồn nôn	2	0,5
Thiếu niệu	2	0,5

Nhận xét: Thương gặp là nhức đầu, chóng mặt (13,0%); thứ 2 là phù ngoại vi (4,5%).

3.2. Đặc điểm sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp trên thai phụ tiền sản giật, sản giật

Bảng 3. Tên thuốc sử dụng điều trị tăng huyết áp trên thai phụ tiền sản giật, sản giật

Tên thuốc	Tần số	Tỷ lệ %
Methyldopa	386	96,7
Nifedipine	314	78,7
Nicardipine	132	33,1
Furosemid	64	16,0

Nhận xét: Thuốc sử dụng trong điều trị THA ở thai phụ là Methyldopa chiếm 96,7%.

Bảng 4. Đặc điểm sử dụng thuốc

Đặc điểm sử dụng thuốc		Tần số	Tỷ lệ (%)
Phối hợp thuốc	Đơn thuốc	86	21,6
	Đa thuốc	313	78,4
Số thuốc phối hợp	2 thuốc	166	53,1
	3 thuốc	110	35,1
	> 3 thuốc	37	11,8
Kiểu phối hợp thuốc	Methyldopa + Nifedipine	156	49,8
	Methyldopa + Nicardipine	8	2,6
	Methyldopa + Furosemid	2	0,6
	Methyldopa + Nifedipine + Nicardipine	85	27,2
	Methyldopa + Nifedipine + Furosemid	23	7,3
	Methyldopa + Furosemid + Nicardipine	2	0,6

TẠP CHÍ Y DƯỢC HỌC CẦN THƠ – SỐ 54/2022

Đặc điểm sử dụng thuốc	Tần số	Tỷ lệ (%)
Methyldopa + Nifedipine + Nicardipine + Furosemid	37	11,8

Nhận xét: Trong điều trị THA ở phụ nữ mang thai, đa số sử dụng phối hợp thuốc chiếm 78,4%; 21,6% sử dụng đơn thuốc; trong đó, phối hợp 2 thuốc chiếm 53,1%; phối 2 thuốc chủ yếu là Methyldopa + Nifedipine chiếm 49,3%; phối 3 thuốc chủ yếu là Methyldopa + Nifedipine + Nicardipine chiếm 27,2%; 11,8% phối 4 loại thuốc Methyldopa + Nifedipine + Nicardipine + Furosemid.

3.3. Đánh giá kết quả điều trị trên thai phụ tiền sản giật, sản giật

Bảng 5. So sánh chỉ số huyết áp trước và sau điều trị

Giá trị huyết áp	Trước điều trị Trung bình ± Độ lệch chuẩn	Sau điều trị Trung bình ± Độ lệch chuẩn	Khác biệt trung bình	p
HATT	154,5 ± 20,9	124,8 ± 11,1	29,7 ± 22,3	<0,001
HATTr	97,1 ± 13,4	80,7 ± 9,1	16,5 ± 15,6	<0,001

Nhận xét: HATT trung bình trước điều trị giảm sau khi điều trị 29,7±22,3mmHg; HATTr giảm sau điều trị 16,5±15,6mmHg, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê <0,001.

Bảng 6. Tỷ lệ thành công điều trị tăng huyết áp trên thai phụ tiền sản giật, sản giật

Thành công điều trị tăng huyết áp	Tần số	Tỷ lệ (%)
Có	377	94,5
Không	22	5,5
Tổng	399	100,0

Nhận xét: tỷ lệ điều trị THA thành công chiếm 94,5%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm bệnh nhân

Tuổi trung bình của thai phụ là 32,4 tuổi, cư trú tại nông thôn chiếm 52,8%; nghề chủ yếu là nội trợ chiếm 32,4%; thấp nhất nông dân chiếm 9,3%. Tuổi thai trung bình của thai phụ tiền sản giật, sản giật là 35,2 tuần; chủ yếu từ 37 tuần trở lên chiếm 43,3%; có 26,1% thai phụ có tiền sản giật, sản giật ở tuổi thai 20-33 tuần 6 ngày. Có 9,0% thai phụ có tiền sử THA; 2,3% có tiền sử ĐTĐ. Ngô Thị Kim Huê (2016) [3] ghi nhận tuổi thai <32 tuần chiếm 22%; có 28% sanh trên 3 con. Lê Thị Ngọc Xuyên (2021) [7], tiền căn mang thai bị TSG chiếm 5,5%; bị THA trước lúc mang thai chiếm 4,5%, bị ĐTĐ trước lúc mang thai là 2,5%. Thomas Easterling (2019) [8], ghi nhận tuổi thai trung bình là 36,5 tuổi.

Huyết áp tâm thu trung bình trước điều trị là 154,5±20,9mmHg; huyết áp tâm trương trung bình là 97,1±13,4mmHg; 39,6% thai phụ có huyết áp tâm thu từ 160mmHg trở lên; 17% thai phụ có huyết áp tâm trương từ 110mmHg trở lên. Phân loại tiền sản giật có 52,9% tiền sản giật chưa có dấu hiệu nặng; 37,1% tiền sản giật có dấu hiệu nặng, 1% sản giật và 3% tiền sản giật chưa có dấu hiệu nặng ghép trên THA mãn tính, 6% tiền sản giật có dấu hiệu nặng ghép trên THA mãn tính. Phạm Văn Tụ (2021) [6] ghi nhận có 55,3% thai phụ chẩn đoán tiền sản giật chưa có dấu hiệu nặng. Phạm Văn Nhỏ (2021) [5] cho thấy nhóm tiền sản giật chiếm 87,2% (TSG có dấu hiệu nặng 47,2%), 2,1% tiền sản giật trên THA mạn tính.

Triệu chứng lâm sàng thường gặp là nhức đầu, chóng mặt chiếm 13,0%; thứ 2 là phù ngoại vi chiếm 4,5%; 2,0% rối loạn thị giác; 1,8% đau vùng thượng vị, bụng trên; 0,5% nôn, buồn nôn hoặc thiếu niệu. Phù hợp nghiên cứu của Lê Thị Ngọc Xuyên (2021) [7], các triệu chứng lâm sàng thường gặp ở thai phụ TSG, sản giật là nhức đầu (72,1%), chóng mặt (25,6%). Phạm Văn Tự (2021) [6] cho thấy có 25,5% thai phụ có dấu hiệu đau đầu, 29,8% phù toàn thân, 2,1% rối loạn thị giác, 2,1% đau thượng vị. Như vậy, các triệu chứng như đau đầu dữ dội, nhìn mờ, đau thượng vị là những triệu chứng quan trọng để đánh giá biểu hiện của một tình trạng bệnh lý nặng cảnh báo của sản giật.

4.2. Đặc điểm sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp trên thai phụ tiền sản giật, sản giật

Thuốc sử dụng trong điều trị tăng huyết áp ở thai phụ là Methyldopa chiếm 96,7%; thứ 2 là Nifedipine chiếm 78,7%; thứ 3 là Nifedipine chiếm 33,1%; cuối cùng là Furosemid chiếm 16,0%. Phù hợp với Hoàng Kim Huyền (2007) [4], tỷ lệ dùng Methyldopa chiếm tỷ lệ cao nhất (86,7%); thứ 2 là Nifedipine. Phù hợp nghiên cứu của Nguyễn Hiền Việt Anh (2018) [1] ghi nhận Methyldopa (85,3%), Nifedipin (54%), furosemide (15,6%), nifedipin (10,9%). Trong điều trị THA ở phụ nữ mang thai, đa số sử dụng phối hợp thuốc chiếm 78,4%; 21,6% sử dụng đơn thuốc; trong đó, phối hợp 2 thuốc chiếm 53,1%; 35,1% phối 3 thuốc; 11,8% phối trên 3 thuốc; phối hợp 2 thuốc chủ yếu là Methyldopa + Nifedipine chiếm 49,3%; phối 3 thuốc chủ yếu là Methyldopa + Nifedipine + Nifedipine chiếm 27,2%; 11,8% phối hợp 4 loại thuốc Methyldopa + Nifedipine + Nifedipine + Furosemid. Hoàng Kim Huyền (2007 [4]), tỷ lệ phối thuốc chống THA trong điều trị TSG, sản giật là 47,8%; phối hợp chủ yếu là Methyldopa + Nifedipine chiếm 70,8%.

4.3. Đánh giá kết quả điều trị trên thai phụ tiền sản giật, sản giật

Sau điều trị, chỉ số huyết áp giảm so với trước điều trị; trong đó, HATT trung bình trước điều trị giảm sau khi điều trị $29,7 \pm 22,3$ mmHg; HATT_r giảm sau điều trị $16,5 \pm 15,6$ mmHg, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $< 0,001$. Nghiên cứu của Mary Catherine Tolcher (2020) [11], về hiệu quả hạ huyết áp của Nifedipine uống ở phụ nữ mang thai từ 24 đến 42 tuần tuổi thai bị THA nặng (huyết áp tâm thu ≥ 160 mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương ≥ 110 mmHg), Nifedipine uống có hiệu quả giảm huyết áp tâm thu - 39 mmHg với $p=0,003$, huyết áp động mạch trung bình giảm -22,3 mmHg với $p=0,02$.

Tỷ lệ điều trị THA thành công chiếm 94,5%. Ngô Thị Kim Huê (2016) [3], hiệu quả sử dụng đơn thuốc Nifedipine trong hạ huyết áp điều trị tiền sản giật nặng đạt 92% thành công. So với Thomas Easterling (2019) [8], nghiên cứu của chúng tôi cao hơn, nghiên cứu trên phụ nữ mang thai với tuổi thai từ 28 tuần trở lên có tăng huyết áp nặng, ghi nhận tỷ lệ kiểm soát huyết áp trong thời gian nghiên cứu, không có kết cục bất lợi ở nhóm Nifedipine, Methyldopa lần lượt là 84% và 76%, Labetalol là 77%. Lý do nghiên cứu của chúng tôi có nhiều trường hợp tiền sản giật chưa có dấu hiệu nặng, còn nghiên cứu của Thomas Easterling đánh giá kiểm soát huyết áp ở nhóm tiền sản giật dấu hiệu nặng ($\geq 160/110$ mmHg). Tương tự, Kannan Sridharan (2018) [10], cho thấy hiệu quả tương tự của nifedipine, hydralazine và labetalol trong điều trị tăng huyết áp nặng trong thai kỳ, trong đó, nifedipine có hiệu quả hạ huyết áp tốt hơn ở nhóm thai phụ có huyết áp $< 160/110$ mmHg.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu ghi nhận có 52,9% tiền sản giật chưa có dấu hiệu nặng; 37,1% tiền sản giật có dấu hiệu nặng. Triệu chứng lâm sàng chủ yếu như: đau, chóng mặt chiếm 13,0%; phù ngoại vi chiếm 4,5%. Thuốc sử dụng trong điều trị tăng huyết áp ở thai phụ là Methylodopa (96,7%); Nifedipine (78,7%), Nicardipine (33,1%), Furosemid (16,0%). Đa số sử dụng phối hợp thuốc chiếm 78,4%. Tỷ lệ điều trị THA thành công chiếm 94,5%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hiền Việt Anh (2018), *Khảo sát tình hình sử dụng thuốc trên phụ nữ mang thai tăng huyết áp nặng tại bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ và bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ*, Luận văn thạc sỹ dược học, trường Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh, năm 2018.
2. Bệnh Viện Từ Dũ (2019), “Tăng huyết áp thai kỳ”, *Phác đồ điều trị Sản Phụ khoa Bệnh viện Từ Dũ*, tr. 89-103.
3. Ngô Thị Kim Huệ (2016), “Hiệu quả của Nicardipine truyền tĩnh mạch điều trị hạ áp trong tiền sản giật nặng tại khoa Sản bệnh, Bệnh viện Đa khoa Kiên Giang”, *Tạp chí nghiên cứu y học*, tập 20 (21), tr. 304-309
4. Hoàng Kim Huyền (2007), “Sử dụng thuốc chống tăng huyết áp trong điều trị tiền sản giật, sản giật tại bệnh viện Phụ sản Trung Ương”, *Tạp chí nghiên cứu kỹ thuật*, số 374, tr. 9-12
5. Phạm Văn Nhỏ, Lê Minh Dũng, Võ Minh Tuấn (2021), “Đặc điểm tăng huyết áp thai kỳ và mối liên quan đến kết cục thai kỳ của bà mẹ người dân tộc Khmer tỉnh Trà Vinh”, *Tạp chí Y học Việt Nam*, số 2, tr. 89-93.
6. Phạm Văn Tự, Nguyễn Quốc Tuấn, Phùng Thị Lý (2021), “Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả thai kỳ ở thai phụ tiền sản giật – sản giật tại Bệnh viện đa khoa Hà Đông”, *Tạp chí Phụ sản*, số 1, 2021, tr. 30-37.
7. Lê Thị Ngọc Xuyên (2021), *Nghiên cứu kết quả dự đoán, chẩn đoán tiền sản giật ở thai phụ có nguy cơ tiền sản giật tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ*, Luận văn bác sỹ nội trú chuyên ngành sản phụ khoa, trường Đại học Y dược Cần Thơ
8. Thomas Easterling (2019), “Oral antihypertensive regimens (nifedipine retard, labetalol, and methylodopa) for management of severe hypertension in pregnancy: an open-label, randomised controlled trial”, *Randomized Controlled Trial, Lancet*, 2019 Sep 21;394(10203):1011-1021.
9. Manisha Kumar, Usha Gupta, Jayashree Bhattachajee, Ritu Singh, Shalini Singh (2016), “Early prediction of hypertension during pregnancy in a low-resource setting”, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, pp. 159-164.
10. Kannan Sridharan, Sequeira RP (2018), “Drugs for treating severe hypertension in pregnancy: a network meta-analysis and trial sequential analysis of randomized clinical trials”, *Br J Clin Pharmacol*. 2018;84:1906-1916.
11. Mary Catherine Tolcher (2020), “Intravenous labetalol versus oral nifedipine for acute hypertension in pregnancy: effects on cerebral perfusion pressure”, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, Vol 20.

(Ngày nhận bài: 20/6/2022 – Ngày duyệt đăng: 27/10/2022)
