

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ QUẢN LÝ RỐI LOẠN TĂNG HUYẾT ÁP THAI KỲ Ở THAI PHỤ TỬ TAM CÁ NGUYỆT THỨ HAI ĐẾN KHÁM TẠI BỆNH VIỆN CHUYÊN KHOA SẢN NHI TỈNH SÓC TRĂNG NĂM 2020-2021

Lê Thị Giáng Châu<sup>1\*</sup>, Lê Thị Hoàng Mỹ<sup>2</sup>

1. Bệnh viện Chuyên khoa Sản Nhi tỉnh Sóc Trăng

2. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

\*Email: drgiangchauthp1975@gmail.com

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Rối loạn tăng huyết áp thai kỳ là một trong những nguyên nhân chính của tử suất và bệnh suất ở mẹ và trẻ sơ sinh, vẫn còn là vấn đề khó giải quyết và không dự phòng được. Quản lý thai nghén tốt, phát hiện và điều trị sớm tình trạng tăng huyết áp thai kỳ có ý nghĩa quan trọng trong dự phòng biến chứng cho mẹ và thai. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá kết quả quản lý và kết cục thai kỳ ở thai phụ có rối loạn tăng huyết áp thai kỳ từ tam cá nguyệt thứ hai tại Bệnh viện Chuyên khoa Sản Nhi Tỉnh Sóc Trăng năm 2020-2021. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang có can thiệp trên 50 trường hợp rối loạn tăng huyết áp thai kỳ quản lý thai tại phòng khám Sản. **Kết quả:** Các trường hợp rối loạn THA thai kỳ được quản lý gồm: 66% THA thai kỳ, 14% TSG chưa dấu hiệu nặng, 12% THA mạn và 8% TSG trên nền THA mạn. Tuổi thai lúc chấm dứt thai kỳ đủ tháng  $\geq 37$  tuần là 82%. Kiểm soát huyết áp tốt chiếm 80%. 22% trường hợp có biến chứng: 22% tăng huyết áp trầm trọng, 10% thai chậm tăng trưởng trong tử cung, còn lại là các biến chứng như hội chứng HELLP (2%), phù phổi (4%), suy chức năng gan (2%) hoặc nhau bong non (2%). Kết cục ở trẻ sơ sinh: 18% sơ sinh non tháng, 2% suy hô hấp lúc sinh, 14% sơ sinh nhập khoa HSTCCĐ Nhi và 2% trẻ sơ sinh tử vong chu sinh. Đánh giá sức khỏe của sản phụ và sơ sinh đến 6 tuần đầu sau sinh có 90% trường hợp huyết áp trở về bình thường và 98% trẻ có sức khỏe tốt. **Kết luận:** Quản lý thai nghén đối với rối loạn THA thai kỳ có thể kiểm soát huyết áp tốt, duy trì tuổi thai đến đủ tháng, biến chứng xảy ra có liên quan đến độ nặng của bệnh lý này.

**Từ khóa:** Rối loạn tăng huyết áp thai kỳ, yếu tố nguy cơ, quản lý thai nghén.

## ABSTRACT

## EVALUATE RESULTS OF MANAGEMENT IN HYPERTENSIVE DISORDERS OF PREGNANCY FROM THE SECOND TRIMESTER AT SOC TRANG PEDIATRIC OBSTETRICS HOSPITAL IN 2020-2021

*Le Thi Giang Chau<sup>1\*</sup>, Le Thi Hoang My<sup>2</sup>*

1. Soc Trang Obstetrics and Pediatrics hospital

2. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

**Background:** Hypertensive disorders of pregnancy (HDPs) is one of the main causes of maternal and perinatal morbidity and mortality, is still a difficult problem to solve and not preventable. Good prenatal management, early diagnosis and prompt treatment of pregnancy-induced hypertension have important significations to prevent severe maternal and newborn complications. **Objectives:** Assess the results of management and pregnancy outcome in hypertensive disorders of pregnancy from the second trimester at Soc Trang Pediatrics Obstetrics Hospital in 2020-2021. **Materials and methods:** An interventional cross-sectional study on 50 hypertensive disorders of pregnancy Soc Trang Pediatric Obstetrics Hospital. **Results:** Cases of managed hypertensive disorders of pregnancy include: 66% gestational hypertension, 14% pre-eclampsia, 12% chronic hypertension and 8% pre-eclampsia superimposed on chronic hypertension. Women with pregnancy-induced hypertension were born babies at onterm pregnancy from 37 weeks gestational age are 82%. Good blood pressure control accounts for 80%. Maternal outcome is 22% with: 22% severe elevated blood pressure, 10% intrauterine growth restriction and the other morbidities: HELLP syndrome (2%), pulmonary edema (4%), impaired liver function (2%) or abruption placenta (2%). The adverse perinatal outcome includes: 18% of preterm delivery, 2% of birth asphyxia, 14% of admission to neonatal intensive care unit, 2% of perinatal death. Health assessment of maternity and newborn up to the first 6 weeks postpartum, there are 90% of blood pressure returns to normal and 98% of children are in good health. **Conclusion:** Prenatal management for hypertensive disorders of pregnancy can control blood pressure well, maintain gestational age to onterm pregnancy (37 weeks), severe managing maternal and perinatal complications are associated the severity of HDPs.

**Keywords:** Hypertensive disorders of pregnancy (HDPs), Risk factors, Prenatal management.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn tăng huyết áp trong thai kỳ là một trong những nguyên nhân chính của tử suất và bệnh suất ở mẹ và trẻ sơ sinh, vẫn còn là vấn đề khó giải quyết và không dự phòng được. Đây là nguyên nhân gây tử vong mẹ hàng đầu bên cạnh băng huyết, thuyên tắc huyết khối và nhiễm trùng, ước tính khoảng 5-10% thai kỳ. Thai nhi có nguy cơ chậm tăng trưởng trong tử cung, các biến chứng của sơ sinh non tháng khi phải châm dứt thai kỳ sớm. Có nhiều nghiên cứu về rối loạn tăng huyết áp với những mục tiêu khác nhau, phần lớn tập trung ở các bệnh viện chuyên khoa nhưng chưa tìm hiểu về nguyên nhân, biện pháp dự phòng, đánh giá kết quả kiểm soát các trường hợp rối loạn tăng huyết áp tại các cơ sở y tế. Theo y văn, rối loạn tăng huyết áp là bệnh lý nguy hiểm cần được quản lý thai nghén tốt, phát hiện và xử trí kịp thời tại các cơ sở y tế có ý nghĩa quan trọng trong dự phòng các rối loạn mạch máu não và tim mạch cho mẹ cũng như tránh những tổn thương đối với thai nhi. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu đánh giá kết quả kiểm soát huyết áp và kết cục thai kỳ ở thai phụ có rối loạn tăng huyết áp thai kỳ được quản lý tại bệnh viện.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các thai phụ có tuổi thai trên 20 tuần có rối loạn tăng huyết áp (THA) thai kỳ được quản lý tại phòng khám Sản, Bệnh viện Chuyên khoa Sản Nhi (CKSN) Sóc Trăng.

- **Tiêu chuẩn chọn bệnh:** Có phân loại: THA thai kỳ, tiền sản giật (TSG) chưa dấu hiệu nặng, THA mạn, TSG trên nền THA mạn; đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Thai phụ rối loạn THA có phân loại bệnh nặng, cần nhập viện can thiệp điều trị: TSG có dấu hiệu nặng, sản giật; rối loạn THA có một trong các biến chứng nặng bất kỳ: Hội chứng HELLP (Hemolysis Elevated Liver Enzyme Low Platelets), suy gan, suy thận cấp; thai phụ có bệnh lý nặng khác, rối loạn thần kinh, khó tiếp xúc...

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Cắt ngang mô tả có can thiệp.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Kỹ thuật chọn mẫu thuận tiện tất cả thai phụ có tuổi thai trên 20 tuần có rối loạn THA thai kỳ được quản lý tại phòng khám Sản thỏa điều kiện.

- **Nội dung nghiên cứu:**

Các yếu tố dân số học (tuổi, nơi ở, trình độ học vấn), tình hình thai nghén lần này (tuổi thai, số lần khám thai định kỳ, chỉ số Body Mass Index, đái tháo đường thai kỳ), phân loại rối loạn THA thai kỳ. Đánh giá kết cục thai kỳ qua các biến số: về phía mẹ: kết quả kiểm soát huyết áp (HA), các biến chứng, sự ổn định HA đến kết thúc thời kỳ hậu sản; về phía thai: tuổi thai, chậm tăng trưởng trong tử cung, suy hô hấp lúc sinh, nhập viện Khoa hồi sức tích cực chống độc (HSTCCĐ) Nhi.

Số liệu được thu thập theo phiếu thiết kế sẵn và xử lý bằng phần mềm thống kê Stata 10.0.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 06/2020 đến hết tháng 03/2021, chúng tôi ghi nhận có 50 thai phụ rối loạn THA thai kỳ thỏa các tiêu chuẩn với kết quả như sau:

Bảng 1. Đặc điểm dân số nghiên cứu

Đặc điểm	Số trường hợp (n=50)	Tỷ lệ (%)
<b>Tuổi</b>	≤18 tuổi	2
	19-34 tuổi	62
	≥35 tuổi	36
<b>Nơi ở</b>	Thành thị	36
	Nông thôn	64
<b>Trình độ học vấn</b>	<Cấp 2	32
	≥Cấp 2	68

Đặc điểm chung chiếm tỷ lệ cao nhất của thai phụ rối loạn THA thai kỳ: 36% là ≥35 tuổi, ở nông thôn 64%, học vấn dưới cấp 2 chiếm 32%.

Bảng 2. Tình hình thai nghén lần này

Đặc điểm	Số trường hợp (n=50)	Tỷ lệ (%)
<b>Tuổi thai</b>	20-<28 tuần	18
	28-<34 tuần	19
	34-<37 tuần	13
<b>Số lần khám thai định kỳ</b>	≤03 lần	10
	>03 lần	40
<b>Chỉ số BMI</b>	≤23 kg/m <sup>2</sup>	8
	>23 kg/m <sup>2</sup>	42
<b>ĐTĐ thai kỳ</b>	Không	48
	Có	2

Thai phụ THA thai kỳ được theo dõi từ lúc thai 20-<34 tuần chiếm tỷ lệ cao 74%, số lần khám thai định kỳ trước đó trên 03 lần chiếm tỷ lệ 80%, chỉ số BMI giai đoạn tam cá nguyệt thứ nhất >23 kg/m<sup>2</sup> là 84%, có đái tháo đường (ĐTĐ) thai kỳ chiếm 4%.

Bảng 3. Tỷ lệ rối loạn THA thai kỳ

Đặc điểm	Số trường hợp (n=50)	Tỷ lệ (%)
THA thai kỳ	33	66
Tiền sản giật	7	14
Tăng huyết áp mạn	6	12
TSG trên nền THA mạn	4	8

Tổng số trường hợp có rối loạn THA thai kỳ: tỷ lệ cao nhất là THA thai kỳ 66%, TSG chiếm 14%, THA mạn 12% và TSG trên nền THA mạn chiếm 8%.

Bảng 4. Tuổi thai khi chấm dứt thai kỳ

Tuổi thai	Số trường hợp (n=50)	Tỷ lệ (%)
28-<34 tuần	2	4
34-<37 tuần	7	14
từ 37-<39 tuần	32	64
≥39 tuần	9	18

Tuổi thai khi chấm dứt thai kỳ chỉ có 4% tuổi thai non tháng 28-<34 tuần; 14% từ 34-<37 tuần, 64% ở tuổi thai 37-<39 tuần và 18% có tuổi thai ≥39 tuần.

Bảng 5. Đánh giá kết cục thai kỳ đối với thai phụ có rối loạn THA thai kỳ

Đặc điểm	Số trường hợp (n=50)	Tỷ lệ (%)
Kiểm soát huyết áp	Tốt	40
	Không tốt	10
Biến chứng	Không	39
	Có	11

Kiểm soát huyết áp tốt chiếm 80% các trường hợp, không có biến chứng 78%.

Bảng 6. Các biến chứng ở thai phụ có rối loạn THA thai kỳ

Đặc điểm	Số trường hợp (n=50)	Tỷ lệ (%)
Tăng HA trầm trọng	11	22
Giảm tiểu cầu	2	4
Suy gan	1	2
Suy thận	0	0
Phù phổi cấp	2	4
Rối loạn não hay thị giác	0	0
Đạm niệu	1	2
Sản giật	0	0
Hội chứng HELLP	1	2
Nhau bong non	1	2
Xuất huyết não	0	0
Thai chậm tăng trưởng trong tử cung	5	10
Băng huyết sau sinh	0	0

Biến chứng tăng huyết áp trầm trọng chiếm tỷ lệ 22%, thai chậm tăng trưởng trong tử cung 10%, còn lại là các biến chứng: Hội chứng HELLP, phù phổi cấp, suy chức năng gan và nhau bong non.

Bảng 7. Các kết cục ở sơ sinh của các thai phụ có rối loạn THA thai kỳ

Đặc điểm	Số trường hợp (n=50)	Tỷ lệ (%)
Sơ sinh	Non tháng	18
	Đủ tháng	82
Suy hô hấp lúc sinh	Không	98
	Có	2
Nhập khoa HSTCCĐ Nhi	Không	86
	Có	14
Tử vong chu sinh	Không	98
	Có	2

Sơ sinh của các thai phụ có rối loạn THA thai kỳ: 18% non tháng, 2% suy hô hấp lúc sinh, có 14% sơ sinh nhập khoa HSTCCĐ Nhi, 2% trẻ tử vong chu sinh.

Bảng 8. Chỉ số huyết áp trong thời kỳ hậu sản

Trị số huyết áp	Số trường hợp (n=50)	Tỷ lệ (%)
<140/90 mmHg	45	90
140- 150/90 mmHg	3	6
150- 160/100 mmHg	2	4

Đến thời điểm 6 tuần sau sanh có 90% trường hợp HA trở về bình thường với trị số <140/90mmHg và 10% HA cao >140/90mmHg.

#### IV. BÀN LUẬN

Thai phụ có rối loạn THA thai kỳ  $\geq 35$  tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất, phù hợp nghiên cứu gộp của Abadi Kidanemariam Berhe và cộng sự tại Ethiopia từ 17 nghiên cứu ở 258602 thai phụ có 6,07% trường hợp rối loạn THA thai kỳ. Thai phụ  $\geq 35$  tuổi nguy cơ tăng 1,64 lần

(ĐTC 95%: 1,18-2,28) so với nhóm tuổi từ 20- 34, có thể do lớn tuổi liên quan đến bất thường chuyển hóa lipid máu, tăng cholesterol, nguy cơ cao tổn thương mạch máu; cần có sự can thiệp tầm soát sớm trong chăm sóc trước sinh [4]. So với nghiên cứu của Đỗ Thị Hương Huyền năm 2014 trên 180 thai phụ rối loạn THA thai kỳ tại Bệnh viện Đa khoa Sóc Trăng, nhóm <18 tuổi chiếm 1,67% là tương đương, >35 tuổi chiếm 23,89% thấp hơn nghiên cứu chúng tôi, có thể do tuổi mang thai ở phụ nữ ngày càng lớn [1].

Nghiên cứu của Leta Hinkosa trên 6826 thai phụ mang thai có 199 rối loạn THA thai kỳ: 153 (76,9%) TSG/ sản giật, 28 (14,1%) THA thai kỳ, 14 (0,7%) TSG trên nền THA mạn và 4 (2,9%) THA mạn. Thai phụ  $\geq 35$  tuổi, sống ở nông thôn, khám thai không đầy đủ (dưới 6 lần), tiền sử THA, gia đình có THA là những yếu tố nguy cơ cao. Những yếu tố này hữu ích giúp chẩn đoán sớm bệnh lý, đưa ra biện pháp theo dõi thích hợp và can thiệp kịp thời để hạn chế các biến chứng cho mẹ và sơ sinh [8]. Barbosa I.R và cộng sự nghiên cứu trên 1501 thai phụ rối loạn THA thai kỳ: 564 trường hợp THA mạn, 579 trường hợp TSG, 74 trường hợp sản giật và 284 là TSG trên nền THA mạn. Chăm sóc thai nghén đầy đủ  $\geq 6$  lần có liên quan đến kết cục thai nghén trên mẹ và thai tốt hơn [3].

Các trường hợp rối loạn THA thai kỳ quản lý tại phòng khám Sản có các phân loại: THA thai kỳ 66%, TSG chưa dấu hiệu nặng 14%, THA mạn 12% và TSG trên nền THA mạn 8%. Tất cả thai phụ có rối loạn THA thai kỳ sẽ được quản lý thai tại phòng khám Sản đến khi kết thúc thời kỳ hậu sản với các biện pháp can thiệp không dùng thuốc tư vấn về: thời điểm và số lần khám thai, thay đổi lối sống, xét nghiệm kiểm tra và đánh giá sức khỏe thai nhi. Điều trị hạ huyết áp được chỉ định khi mức HA  $\geq 150/95$  mmHg với mục tiêu cải thiện kết cục thai kỳ, kéo dài tuổi thai, giúp ngăn ngừa các biến cố về não và tim mạch ở người mẹ [7], [9].

Tuổi thai khi chấm dứt thai kỳ có 82% trường hợp được duy trì  $\geq 37$  tuần cao hơn nghiên cứu của Đỗ Thị Hương Huyền (55%) [1]. Điều này có thể do nghiên cứu của chúng tôi đã loại trừ các trường hợp TSG nặng cần nhập viện xử trí ngay, kết quả thai phụ được kiểm soát HA tốt chiếm 80%.

Các trường hợp có biến chứng là 22% gồm: tăng huyết áp trầm trọng chiếm tỷ lệ 22%, thai chậm tăng trưởng trong tử cung 10%, 4% phù phổi cấp, 4% giảm tiểu cầu, 2% hội chứng HELLP, 2% suy chức năng gan và 2% là nhau bong non.

Bệnh lý tăng huyết áp thai kỳ thường gây ra các biến chứng như sản giật, hội chứng HELLP, phù phổi cấp, rối loạn đông máu, nhau bong non, suy thai, suy dinh dưỡng bào thai hoặc thai chết lưu...do đó công tác chăm sóc y tế trong thai kỳ cần được quan tâm hơn. Nghiên cứu của Ngô Văn Tài cho thấy khi HA càng cao nguy cơ diễn tiến nặng càng nhiều với kết quả: hội chứng HELLP là 1,5%, nhau bong non là 3,1%, sản giật là 2,3%, 1,5% thai phụ bị chảy máu sau đẻ và biến chứng thường xảy ra ở thai phụ có phân loại TSG nặng (90,9%) [2].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có trường hợp nào sản giật và chảy máu sau đẻ, tuy nhiên các biến chứng khác có 1-2 trường hợp (trong tổng số 50) gồm 4% phù phổi cấp (2 trường hợp), 4% giảm tiểu cầu, 2% hội chứng HELLP, 2% suy chức năng gan và 2% nhau bong non. Nghiên cứu của Đỗ Thị Hương Huyền năm 2014 trên 180 thai phụ rối loạn THA thai kỳ; biến chứng sản giật chiếm 3,89% (7 trường hợp), biến chứng thận 3,33% (6 trường hợp), hội chứng HELLP 2,78% (5 trường hợp), biến chứng gan 2,22% (4 trường hợp), nhau bong non 0,56% (1 trường hợp) [1]. So với các nghiên cứu khác, tỷ lệ biến chứng xảy ra trên thai phụ có rối loạn THA thai kỳ được quản lý tại phòng khám Sản trong nghiên

cứu chúng tôi là tương đương; mặc dù kiểm soát HA tốt chiếm 80% các trường hợp, không có biến chứng chiếm 78%; điều này có thể lý giải do tình trạng nặng của bệnh lý này, khi HA càng cao nguy cơ diễn tiến nặng càng nhiều, 22% trường hợp có biến chứng đều là tăng huyết áp trầm trọng với phân loại TSG có dấu hiệu nặng trong giấy xuất viện (Bảng 6).

Sinh non do phải chấm dứt thai kỳ sớm trong bệnh lý TSG nặng là nguyên nhân hàng đầu gây tăng tử suất và bệnh suất sơ sinh. Sơ sinh của các thai phụ có rối loạn THA thai kỳ trong nghiên cứu chúng tôi có 18% non tháng, 2% suy hô hấp lúc sinh, 14% cần nhập khoa HSTCCĐ Nhi và 2% trẻ tử vong chu sinh.

Edward T. Dassah và cộng sự nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích trên 451 thai phụ rối loạn THA thai kỳ. Thai phụ có TSG- sản giật tăng nguy cơ sinh non trước 34 tuần với nguy cơ tương đối 2,74 (KTC 95%: 1,40-5,36), sinh non trước 37 tuần với nguy cơ tương đối 1,89 (KTC 95%: 1,25-2,85) so với THA mạn và do thai. Nghiên cứu đưa ra kết luận TSG và sản giật tăng nguy cơ trên thai phụ hơn so với THA mạn và do thai, vì vậy cần có kế hoạch dự phòng và can thiệp những trường hợp TSG và sản giật nhằm giảm các tai biến thai kỳ [6].

Abadi Kidanemariam Berhe và cộng sự nghiên cứu đoàn hệ tiền cứu ở 782 thai phụ rối loạn THA thai kỳ chăm sóc tiền sản tại Tigray- Ethiopia, tuổi thai 28-35 tuần, phân loại TSG, sản giật và THA do thai so với nhóm chứng các thai phụ có HA bình thường; các biến chứng thai nhi: cân nặng lúc sinh thấp, suy hô hấp lúc sinh, cân nặng nhỏ so với tuổi thai, sinh non, nhập đơn vị chăm sóc sơ sinh và tử vong chu sinh. Những biến chứng thai nhi cao ở nhóm rối loạn THA so với nhóm HA bình thường (66,4% so với 22,2%): nguy cơ cân nặng lúc sinh thấp tăng 5,1 (KTC 95%: 3,4-7,8), suy hô hấp sơ sinh 2,6 (KTC 95%: 1,9-3,8), cân nặng nhỏ so với tuổi thai 3,3 (KTC 95%: 2,3-4,6), sinh non 5,2 (KTC 95%: 3,7-7,9), nhập Đơn vị chăm sóc sơ sinh 5,1 (KTC 95%: 3,1-8,4), tử vong chu sinh 3,6 (KTC 95%: 1,8-7) [5].

Nghiên cứu của Gulseren Yucesoy trên 255 thai phụ có rối loạn THA thai kỳ. Trong 138 trường hợp TSG nặng có 28 trường hợp sản giật (11%) và 28 trường hợp hội chứng HELLP (11%). Tử vong mẹ chiếm 1,2% (3 trường hợp) xảy ra do hội chứng HELLP. Thai chậm tăng trưởng trong tử cung chiếm 29,4%, nhau bong non 7,5%. Tuổi thai trung bình  $28 \pm 3,5$  tuần, tử vong chu sinh 144/1000 trẻ sinh ra. Nghiên cứu kết luận biến chứng TSG nặng và sản giật có liên quan đến kết cục cho mẹ và thai, cần được dự phòng bằng chăm sóc thai nghén, chẩn đoán các trường hợp nguy cơ cao và can thiệp kịp thời [10].

Nghiên cứu theo dõi diễn tiến ở thai phụ rối loạn THA thai kỳ đến thời điểm kết thúc 6 tuần hậu sản chúng tôi ghi nhận có 90% trường hợp HA trở về bình thường và 10% HA  $>140/90$ mmHg liên quan đến độ nặng của HA trước sinh cần được điều trị với thuốc hạ áp có tác dụng kéo dài để phòng tai biến cho mẹ; 98% trẻ sơ sinh có sức khỏe tốt.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 50 trường hợp rối loạn tăng huyết áp thai kỳ được quản lý tại phòng khám Sản, chúng tôi nhận thấy rằng quản lý thai nghén đối với rối loạn THA thai kỳ có thể kiểm soát huyết áp tốt 80%, 82% duy trì tuổi thai đến đủ tháng, 90% trường hợp huyết áp trở về bình thường ở thời điểm kết thúc 6 tuần hậu sản và biến chứng xảy ra có liên quan đến độ nặng của bệnh lý này.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. 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 tốt nghiệp chuyên khoa II chuyên ngành Sản phụ khoa, Đại học Y Dược Cần Thơ.
2. Ngô Văn Tài (2004), "Nhiễm độc thai nghén và những biến chứng gây ra cho sản phụ và trẻ sơ sinh", *Tạp chí Y dược Quân sự*, số 2/2004, tr.107-110.
3. Barbosa I. R., Silva W. B., Cerqueira G. S., *et al.* (2015), "Maternal and fetal outcome in women with hypertensive disorders of pregnancy: the impact of prenatal care", *The Adv Cardiovasc Dis*, 9 (4), pp.140-146.
4. Berhe A. K., Kassa G. M., Fekadu G. A., *et al.* (2018), "Prevalence of hypertensive disorders of pregnancy in Ethiopia: a systemic review and meta-analysis", *BMC Pregnancy Childbirth*, 18 (1), pp.34.
5. Berhe A. K., Ilesanmi A. O., Aimakhu C. O., *et al.* (2019), "Effect of pregnancy induced hypertension on adverse perinatal outcomes in Tigray regional state, Ethiopia: a prospective cohort study", *BMC Pregnancy Childbirth*, 20 (1), pp.7.
6. Dassah, E.T., *et al.* (2019), "Maternal and perinatal outcomes among women with hypertensive disorders in pregnancy in Kumasi, Ghana", *PLoS One*, 4 (10), pp.0223478.
7. Easterling T., Mundle S., Bracken H., *et al.* (2019), "Oral antihypertensive regimens (nifedipine retard, labetalol, and methyldopa) for management of severe hypertension in pregnancy: an open-label, randomised controlled trial", *Lancet*, 394 (10203), pp.1011-1021.
8. Hinkosa L., Tamene A. and Gebeyehu N. (2020), "Risk factors associated with hypertensive disorders in pregnancy in Nekemte referral hospital, from July 2015 to June 2017, Ethiopia: case-control study", *BMC Pregnancy Childbirth*, 20 (1), pp.16.
9. Kattah A. G. and Garovic V. D. (2013), "The management of hypertension in pregnancy", *Adv Chronic Kidney Dis*, 20 (3), pp.229-239.
10. Yucesoy G., Ozkan S., Bodur H., *et al.* (2005), "Maternal and perinatal outcome in pregnancies complicated with hypertensive disorder of pregnancy: a seven year experience of a tertiary care center", *Arch Gynecol Obstet*, 273 (1), pp.43-49.

(Ngày nhận bài: 6/5/2021 - Ngày duyệt đăng: 14/6/2021)

---