

NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM TĂNG HUYẾT ÁP TRONG THAI KỲ SONG THAI VÀ ĐƠN THAI

Nguyễn Thị Huyền Anh^{1,2,✉}, Nguyễn Mạnh Thắng^{1,2}, Trương Thanh Hương^{1,3}

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Phụ sản Trung ương

³Viện Tim mạch Việt Nam

Mục tiêu của nghiên cứu là nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả sản khoa của những sản phụ song thai và đơn thai có rối loạn tăng huyết áp (THA) trong thai kỳ. Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 166 sản phụ THA trong thai kỳ đẻ tại bệnh viện Phụ Sản Trung ương từ tháng 03/2023 đến tháng 06/2023. Trong 166 sản phụ phù hợp với tiêu chuẩn nghiên cứu, có 37 (23,3%) sản phụ song thai và 129 (77,7%) sản phụ đơn thai. Sản phụ song thai gặp triệu chứng đau đầu ít hơn nhóm đơn thai (2,7% vs 17,8%; $p = 0,021$). Không có khác biệt về tỷ lệ biến chứng mẹ (sản giật, rau bong non và hội chứng HELLP) giữa hai nhóm. Sản phụ song thai có tỷ lệ đẻ non cao hơn đáng kể so với nhóm đơn thai (73,0% vs 54,3%; $p = 0,042$). Tuy nhiên, tỷ lệ thai suy và thai chậm phát triển trong tử cung (CPTTTC) của nhóm đơn thai lại cao hơn nhóm song thai với khác biệt có ý nghĩa thống kê (13,2% vs 0%; $p = 0,02$ và 26,4% vs 10,8%; $p = 0,047$). Cân nặng sơ sinh của nhóm song thai chủ yếu trong khoảng từ 1500 – 2499 gram (59,5%), trong khi nhóm đơn thai có cân nặng sơ sinh chủ yếu trên 2500 gram (53,5%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy THA trong thai kỳ đơn thai có liên quan với các biến chứng cho thai nhi (thai suy và thai CPTTTC) trầm trọng hơn thai kỳ song thai.

Từ khoá: Tăng huyết áp trong thai kỳ, song thai, đơn thai.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) là rối loạn thường gặp trong thai kỳ, gây ảnh hưởng đến 5 – 10% phụ nữ mang thai trên toàn thế giới.¹ Rối loạn THA trong thai kỳ gồm 4 thể: THA mạn tính, THA thai kỳ, tiền sản giật (TSG) – sản giật (SG) và TSG trên nền THA mạn tính.² Trong đó, TSG là thể thường gặp nhất, với tỷ lệ ước tính khoảng 2 – 8% tổng số phụ nữ mang thai.³ THA trong thai kỳ gây ra các biến chứng cho cả mẹ và thai nhi. Với mẹ, THA trong thai kỳ làm tăng nguy cơ hội chứng HELLP, rau bong non, suy tim và phù phổi cấp, và nguy hiểm nhất là tử vong.⁴ Với thai, THA trong thai kỳ gây biến chứng thai chậm phát triển trong tử cung (CPTTTC), đẻ

non và thai lưu.⁵

Song thai đang có xu hướng ngày càng tăng do sự phát triển của các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản.⁶ Nhiều nghiên cứu cho thấy, sản phụ song thai có nguy cơ THA trong thai kỳ cao gấp 2 đến 4 lần sản phụ đơn thai.^{6,7} Tuy nhiên, khi so sánh đặc điểm THA trong thai kỳ giữa nhóm sản phụ song thai và đơn thai, các nghiên cứu lại đưa ra những kết luận khác nhau. Một số tác giả cho rằng THA trong thai kỳ song thai có biểu hiện lâm sàng và tiên lượng trầm trọng hơn so với nhóm đơn thai,^{7,9} trong khi một số khác lại nhận thấy rối loạn THA ở nhóm song thai có tiến triển nhẹ hơn và tiên lượng tốt hơn so với nhóm đơn thai.^{8,10} Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả sản khoa của những sản phụ song thai và đơn thai có rối loạn THA trong thai kỳ tại Việt Nam.

Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Huyền Anh

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: nguyenthihuyenanh@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 19/06/2023

Ngày được chấp nhận: 10/07/2023

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Các sản phụ đẻ tại bệnh viện Phụ Sản Trung ương (BVPSTƯ) từ tháng 03/2023 đến tháng 06/2023, phù hợp với tiêu chuẩn dưới đây:

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Sản phụ có THA trong thai kỳ.
- Sau đẻ trong vòng 24 giờ.
- Độ tuổi của sản phụ trong khoảng 18 – 50 tuổi.
- Tuổi thai từ 22 – 41 tuần.
- Bệnh án đầy đủ thông tin.
- Sản phụ đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Sản phụ có bệnh lý khác (bệnh tim, bệnh thận, bệnh gan, Basedow, đái tháo đường trước khi mang thai...).

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Phương pháp chọn mẫu

Lựa chọn mẫu thuận tiện, không xác suất: chọn tất cả sản phụ có rối loạn tăng huyết áp trong thai kỳ đẻ tại BVPSTƯ từ tháng 03/2023 đến tháng 06/2023.

Phương pháp thu thập thông tin

Nghiên cứu viên sàng lọc tất cả sản phụ sau đẻ trong vòng 24 giờ đầu và lựa chọn các sản phụ đủ tiêu chuẩn tham gia vào nghiên cứu. Các sản phụ được giải thích về mục đích và các thông tin liên quan tới nghiên cứu và tự nguyện kí vào bản chấp thuận tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu viên thu thập thông tin theo bộ câu hỏi nghiên cứu dựa vào bệnh án, hỏi bệnh và khám lâm sàng. Sản phụ được theo dõi sau đẻ 7 ngày để đánh giá tỷ lệ tử vong chu sinh.

Nghiên cứu sử dụng tiêu chuẩn chẩn đoán và phân loại THA trong thai kỳ của Hiệp hội Sản Phụ khoa Hoa Kỳ (ACOG).^{2,11} Theo định nghĩa của ACOG, THA trong thai kỳ là tình trạng THA

của sản phụ trong quá trình mang thai với huyết áp tâm thu (HATT) ≥ 140 mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương (HATTr) ≥ 90 mmHg, đo 2 lần cách nhau 4 giờ. THA trong thai kỳ được chia thành 4 nhóm:

THA mạn tính: là tình trạng THA xuất hiện trước khi mang thai hoặc trước tuần thứ 20 của thai kỳ.

THA thai kỳ: là tình trạng THA xuất hiện sau tuần thứ 20 của thai kỳ, không có protein niệu và các dấu hiệu gợi ý TSG.

TSG – SG: TSG là THA mới xuất hiện sau tuần thứ 20 của thai kỳ, đặc trưng bởi sự có mặt của protein niệu. Tuy nhiên một số sản phụ có THA nhưng không có protein niệu, khi đó TSG sẽ được chẩn đoán là THA kèm theo một trong số các triệu chứng sau: giảm tiểu cầu, suy thận, suy chức năng gan, phù phổi cấp, rối loạn thần kinh hoặc thị giác. SG là sự xuất hiện của cơn co giật ở sản phụ bị TSG.

TSG trên nền THA mạn tính: TSG xuất hiện trên sản phụ có tiền sử THA trước khi mang thai hoặc trước tuần thứ 20 của thai kỳ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thai chậm phát triển trong tử cung được định nghĩa là trẻ sinh ra có cân nặng dưới bách phân vị thứ 10 của biểu đồ phát triển cân nặng thai nhi.

Xử lý số liệu

Số liệu được phân tích trên phần mềm SPSS 26.0. Sử dụng kiểm định T-test (với biến chuẩn) và Wilcoxon (với biến không chuẩn) 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.

3. Đạo đức nghiên cứu

Đề cương nghiên cứu được thông qua Hội đồng Y đức của Trường Đại học Y Hà Nội (Số 820/GCN-HĐĐĐNCYSH-ĐHYHN). Quy trình nghiên cứu được thông qua Hội đồng y đức

của Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Trong thời gian từ tháng 3/2023 đến tháng 6/2023 chúng tôi thu nhận được 166 bệnh nhân phù hợp với các tiêu chuẩn lựa chọn của nghiên cứu, trong đó có 37 sản phụ song thai và 129 sản phụ đơn thai. Độ tuổi trung bình của nhóm sản phụ song thai và đơn thai lần lượt là $32,86 \pm 6,71$ và $31,31 \pm 6,70$. Trong đó, lứa tuổi >30 thường gặp nhất với tỷ lệ 59,5% ở nhóm song thai và 46,5% ở nhóm đơn thai. Phần lớn sản phụ THA trong thai kỳ song thai và đơn thai có số lần mang thai từ 1 – 2 lần với tỷ lệ đẻ con

so cao hơn con rạ, tuy nhiên khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Chỉ số BMI trước khi mang thai và sự tăng cân trong quá trình mang thai khá tương đồng giữa hai nhóm. Tỷ lệ hút thuốc trong nhóm sản phụ song thai (40,5%) cao hơn đáng kể so với nhóm đơn thai (24,0%) với $p < 0,05$. Không có khác biệt về tiền sử THA trong thai kỳ, tiền sử gia đình THA và tỷ lệ mắc đái tháo đường thai kỳ giữa hai nhóm. Tỷ lệ tuổi thai khi nhập viện < 37 tuần trong cả hai nhóm song thai và đơn thai đều cao hơn tỷ lệ nhập viện với tuổi thai đủ tháng, tuy nhiên khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ sử dụng các biện pháp hỗ trợ sinh sản của nhóm song thai (75,7%) cao gấp 4 lần nhóm đơn thai (17,8%) với $p < 0,001$.

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Song thai (n = 37)	Đơn thai (n = 129)	p
Dân tộc			
Dân tộc Kinh	35 (94,6)	119 (92,2)	0,627
Dân tộc thiểu số	2 (5,4)	10 (7,8)	
Tuổi			
< 25	2 (5,4)	20 (15,5)	0,197
25 – 30	13 (35,1)	49 (38,0)	
> 30	22 (59,5)	60 (46,5)	
Số lần mang thai			
1 – 2	32 (86,5)	102 (79,1)	0,584
3 – 4	4 (10,8)	20 (15,5)	
> 4	1 (2,7)	7 (5,4)	
Số lần sinh			
Con so	24 (64,9)	68 (52,7)	0,190
Con rạ	13 (35,1)	61 (47,3)	
BMI trước mang thai (kg/m ²)			
< 18,5	4 (10,8)	19 (14,7)	0,795
18,5 – 24,9	25 (67,6)	86 (66,7)	
≥ 25	8 (21,6)	24 (18,6)	

Đặc điểm	Song thai (n = 37)	Đơn thai (n = 129)	p
Tăng cân trong quá trình mang thai (kg)	15,30 ± 4,59	13,70 ± 6,81	0,182
Hút thuốc	15 (40,5)	31 (24,0)	0,048
Tiền sử THA trong thai kỳ	1 (2,7)	15 (11,6)	0,105
Tiền sử gia đình THA	13 (35,1)	47 (36,4)	0,885
Tuổi thai khi nhập viện			
< 37 tuần	27 (73,0)	73 (44,0)	0,073
≥ 37 tuần	10 (27,0)	56 (33,7)	
Đái tháo đường thai kỳ	7 (18,9)	18 (14,0)	0,457
Hỗ trợ sinh sản	28 (75,7)	23 (17,8)	< 0,001

Số liệu được biểu diễn dưới dạng n (%) hoặc trung bình ± độ lệch chuẩn

Tỷ lệ sản phụ gặp triệu chứng đau đầu trong nhóm đơn thai (17,8%) cao hơn đáng kể so với nhóm song thai (2,7%). Trong khi các dấu hiệu nặng khác như đau thượng vị hoặc hạ sườn phải, nhìn mờ hoặc giảm thị lực đột ngột không có khác biệt giữa hai nhóm. Tỷ lệ gặp triệu chứng phù khá tương đồng giữa

hai nhóm. Không có khác biệt về kết quả xét nghiệm protein niệu, hemoglobin, tiểu cầu, LDH và acid uric giữa hai nhóm. Tỷ lệ biến chứng suy gan và suy thận trong nhóm song thai cao hơn nhóm đơn thai, tuy nhiên khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Song thai (n = 37)	Đơn thai (n = 129)	p
Protein niệu (g/l)	2,62 ± 3,41	3,33 ± 4,85	0,408
Phù	28 (75,7)	95 (73,6)	0,804
Đau đầu	1 (2,7)	23 (17,8)	0,021
Đau thượng vị hoặc hạ sườn phải	0 (0,0)	1 (0,8)	0,591
Nhìn mờ hoặc giảm thị lực đột ngột	0 (0,0)	6 (4,7)	0,181
Hemoglobin (g/l)	130,03 ± 13,46	125,89 ± 19,19	0,22
Tiểu cầu (G/l)			
< 100	4 (10,8)	9 (7,0)	0,44
≥ 100	33 (89,2)	120 (93,0)	
Biến chứng suy gan	5 (13,5)	10 (7,8)	0,281

Đặc điểm	Song thai (n = 37)	Đơn thai (n = 129)	p
Biến chứng suy thận	2 (5,4)	5 (3,9)	0,68
LDH (UI/L)	238,17 ± 78,05	232,86 ± 121,59	0,818
Acid uric (mmol/l)	447,33 ± 107,79	413,02 ± 100,37	0,73

Số liệu được biểu diễn dưới dạng n (%) hoặc trung bình ± độ lệch chuẩn

2. Chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp trong thai kỳ song thai và đơn thai

TSG – SG và THA thai kỳ là hai thể bệnh thường gặp nhất trong cả hai nhóm song thai và đơn thai, với tỷ lệ > 90%. Giá trị trung bình của HATT và HATTr trong nhóm đơn thai cao hơn nhóm song thai, tuy nhiên khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Khi phân tích việc điều

trị, không nhận thấy sự khác biệt về tỷ lệ dùng thuốc hạ áp và điều trị Magie sulfate giữa hai nhóm. Tuổi thai khi đình chỉ thai nghén khá tương đồng giữa hai nhóm (35,21 ± 1,98 tuần vs 35,47 ± 3,65 tuần). 100% sản phụ song thai được mổ lấy thai trong khi 90,7% sản phụ đơn thai được mổ lấy thai, 8,5% đẻ thường và 0,8% đẻ Forceps.

Bảng 3. Chẩn đoán và điều trị THA trong thai kỳ song thai và đơn thai

Đặc điểm	Song thai (n = 37)	Đơn thai (n = 129)	p
Loại tăng huyết áp			
THA mạn tính	0 (0,0)	4 (3,1)	0,245
THA thai kỳ	15 (40,5)	30 (23,3)	
TSG – SG	21 (56,8)	89 (68,9)	
TSG/THA mạn tính	1 (2,7)	6 (4,7)	
HATT lúc cao nhất (mmHg)	154,76 ± 16,54	158,00 ± 16,76	0,30
HATTr lúc cao nhất (mmHg)	95,81 ± 7,22	99,27 ± 10,70	0,066
Dùng thuốc hạ áp			
Không	6 (16,2)	19 (14,7)	0,891
1 loại thuốc	12 (32,4)	38 (29,5)	
≥ 2 loại thuốc	19 (51,4)	72 (55,8)	
Điều trị Magie sulfate	19 (51,4)	54 (41,9)	0,305
Tuổi thai khi đình chỉ (tuần)	35,21 ± 1,98	35,47 ± 3,65	0,677
Phương pháp đẻ			
Đẻ đường âm đạo tự nhiên	0 (0,0)	11 (8,5)	0,156
Đẻ đường âm đạo có can thiệp	0 (0,0)	1 (0,8)	
Mổ lấy thai	37 (100,0)	117 (90,7)	

Số liệu được biểu diễn dưới dạng n (%) hoặc trung bình ± độ lệch chuẩn

3. Kết quả sản khoa của tăng huyết áp trong thai kỳ song thai và đơn thai

Khi đánh giá tình trạng sức khỏe thai phụ, không nhận thấy sự khác biệt về tỷ lệ biến chứng sản giật, rau bong non và hội chứng HELLP giữa nhóm song thai và đơn thai. Không ghi nhận trường hợp nào sản phụ bị phù phổi cấp hoặc tử vong trong cả hai nhóm. Khi so sánh tình trạng sức khỏe thai nhi, nhận thấy

nhóm song thai có tỷ lệ đẻ non (73,0%) cao hơn đáng kể so với nhóm đơn thai (54,3%). Tuy nhiên, tỷ lệ thai suy và thai CPTTTC của nhóm đơn thai cao lại cao hơn nhóm song thai với khác biệt có ý nghĩa thống kê (13,2% vs 0%; $p = 0,02$ và 26,4% vs 10,8%; $p = 0,047$). Trẻ sơ sinh trong nhóm song thai có cân nặng chủ yếu trong khoảng từ 1500 – 2499 gram (59,5%), trong khi trẻ sơ sinh trong nhóm đơn thai có cân nặng chủ yếu trên 2500 gram (53,5%).

Bảng 4. Kết quả sản khoa của THA trong thai kỳ song thai và đơn thai

Đặc điểm	Song thai (n = 37)	Đơn thai (n = 129)	p
Sức khỏe mẹ			
Sản giật	1 (2,7)	2 (1,6)	0,643
Rau bong non	0 (0,0)	3 (2,3)	0,349
Hội chứng HELLP	0 (0,0)	6 (4,7)	0,181
Phù phổi cấp	0 (0,0)	0 (0,0)	
Tử vong	0 (0,0)	0 (0,0)	
Sức khỏe con			
Đẻ non	27 (73,0)	70 (54,3)	0,042
Thai suy	0 (0,0)	17 (13,2)	0,02
Thai CPTTTC	4 (10,8)	34 (26,4)	0,047
Thai lưu	0 (0,0)	7 (5,4)	0,148
Tử vong sau sinh	0 (0,0)	11 (8,5)	0,066
Cân nặng sơ sinh (g)			
< 1500	3 (8,1)	29 (22,5)	< 0,001
1500 – 2499	22 (59,5)	31 (24,0)	
≥ 2500	12 (32,4)	69 (53,5)	

Số liệu được biểu diễn dưới dạng n (%) hoặc trung bình \pm độ lệch chuẩn

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của tăng huyết áp trong thai kỳ song thai và đơn thai

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 166 sản phụ THA trong thai kỳ để

tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương trong thời gian từ tháng 03/2023 đến tháng 06/2023, với mục tiêu nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả sản khoa giữa nhóm sản phụ

song thai và đơn thai có rối loạn THA trong thai kỳ. Kết quả nghiên cứu cho thấy hầu hết các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng không có khác biệt giữa hai nhóm. Về đặc điểm lâm sàng, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ đau đầu trong nhóm đơn thai cao gấp 6 lần so với nhóm song thai ($p = 0,021$). Kết quả này tương tự kết quả nghiên cứu của Katherine.¹⁰ Trong nghiên cứu của Katherine, không có sự khác biệt về kết quả xét nghiệm (protein niệu, LDH, ALT, AST, ure, acid uric, tiểu cầu) và triệu chứng lâm sàng (HATT, HATTr, các dấu hiệu nặng ngoại trừ đau đầu) giữa hai nhóm song thai và đơn thai, tuy nhiên nhóm TSG đơn thai có tỷ lệ đau đầu nhiều hơn nhóm TSG song thai. Cơ chế đau đầu trong TSG còn chưa được biết rõ, có giả thuyết cho rằng đau đầu trong TSG liên quan đến sự rối loạn chức năng nội mô mạch máu.¹³ Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ đau đầu ở nhóm đơn thai cao hơn có thể do sự khác biệt về cơ chế bệnh sinh của THA trong thai kỳ đơn thai và song thai mà chúng tôi sẽ đề cập dưới đây.^{14,15}

2. Kết quả sản khoa của tăng huyết áp trong thai kỳ song thai và đơn thai

Trong nghiên cứu này, chúng tôi không nhận thấy sự khác biệt về tình trạng sức khỏe thai phụ giữa nhóm song thai và đơn thai. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Katherine, Henry và Foo.^{7,10,16} Chúng tôi lý giải điều này là do tuổi thai tại thời điểm nhập viện, tình trạng bệnh (loại THA, chỉ số HATT, chỉ số HATTr) và phác đồ điều trị (dùng thuốc hạ áp, điều trị Magie sulfate) của hai nhóm khá tương đồng nên không có khác biệt về tình trạng sức khỏe thai phụ. Khi so sánh kết quả sản khoa của thai nhi, chúng tôi nhận thấy nhóm song thai có tỷ lệ đẻ non cao hơn đáng kể so với nhóm đơn thai. Trong nghiên cứu của Foo, tuổi thai tại thời điểm đình chỉ của nhóm đơn thai cũng cao hơn so với nhóm song thai (38 ± 2 vs 36 ± 2 tuần,

$p < 0,05$).⁷ Điều này phù hợp với ý kiến vì nhóm song thai có nguy cơ đẻ non cao hơn so với nhóm đơn thai bất kể sản phụ có rối loạn THA trong thai kỳ hay không.¹⁷ Vì vậy, cần có những nghiên cứu sâu hơn để đánh giá ảnh hưởng của THA trong thai kỳ đến nguy cơ đẻ non trên các sản phụ song thai. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi thai khi đình chỉ thai nghén ở nhóm song thai là 36 tuần, tương tự với số liệu được ghi nhận ở các cặp song sinh khỏe mạnh.^{17,18} Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra rằng tỷ lệ thai suy và thai CPTTTC ở nhóm đơn thai cao hơn đáng kể so với nhóm song thai. Kết quả này đã được chứng minh trong nghiên cứu của Proctor năm 2019.¹⁹ Theo Proctor, THA trong thai kỳ làm tăng 2,07 lần nguy cơ thai CPTTTC ở nhóm đơn thai, trong khi không có mối liên quan giữa THA trong thai kỳ và thai CPTTTC ở nhóm song thai.¹⁹ Điều này có thể lý giải do THA trong thai kỳ đơn thai là kết quả của sự bất thường bánh rau, giảm tưới máu rau thai và sự mất cân bằng giữa protein tiền sinh mạch máu và protein chống tạo mạch máu.²⁰ Trong khi ở thai kỳ song thai, rối loạn THA có thể chỉ do sự tăng sản xuất các protein chống tạo mạch máu và ít liên quan đến sự bất thường bánh rau.^{14,15} Đây cũng là lý do vì sao THA trong các thai kỳ song thai ít gây triệu chứng đau đầu và ít liên quan đến biến chứng thai CPTTTC hơn so với các thai kỳ đơn thai. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm song thai có cân nặng chủ yếu trong khoảng 1500 – 2499 gram trong khi nhóm đơn thai có cân nặng chủ yếu trên 2500 gram. Kết quả trên phù hợp với thực tế vì tỷ lệ đẻ non trong nhóm song thai cao hơn đáng kể so với nhóm đơn thai nên cân nặng sơ sinh của nhóm song thai có xu hướng thấp hơn so với nhóm đơn thai.

V. KẾT LUẬN

Trong 166 đối tượng tham gia nghiên cứu có 37 sản phụ song thai (22,3%) và 129 (77,7%)

sản phụ đơn thai. Nhìn chung, không có khác biệt về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng giữa THA trong thai kỳ song thai và đơn thai. Tuy nhiên, các sản phụ đơn thai có tỷ lệ gặp triệu chứng đau đầu cao hơn nhóm song thai. Khi so sánh kết quả sản khoa, không nhận thấy khác biệt về tỷ lệ biến chứng mẹ giữa hai nhóm. Tuy nhiên, THA trong thai kỳ đơn thai gây ra các biến chứng cho thai nhi (thai suy và thai CPTTTC) trầm trọng hơn thai kỳ song thai. Khám thai định kỳ, tầm soát các yếu tố nguy cơ (đơn thai vs song thai) và phát hiện sớm các dấu hiệu bất thường trong thai kỳ (đau đầu) giúp đưa ra chiến lược theo dõi và điều trị phù hợp, qua đó giảm nguy cơ biến chứng cho thai nhi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Folk DM. Hypertensive Disorders of Pregnancy: Overview and Current Recommendations. *J Midwifery Womens Health*. 2018;63(3):289-300. doi:10.1111/jmwh.12725
2. Hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2013;122(5):1122-1131. doi:10.1097/01.AOG.0000437382.03963.88
3. Steegers EAP, von Dadelszen P, Duvekot JJ, et al. Pre-eclampsia. *Lancet Lond Engl*. 2010;376(9741):631-644. doi:10.1016/S0140-6736(10)60279-6
4. Mersha AG, Abegaz TM, Seid MA. Maternal and perinatal outcomes of hypertensive disorders of pregnancy in Ethiopia: systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19(1):458. doi:10.1186/s12884-019-2617-8
5. Kumar M, Singh A, Garg R, et al. Hypertension during pregnancy and risk of stillbirth: challenges in a developing country.

J Matern-Fetal Neonatal Med Off J Eur Assoc Perinat Med Fed Asia Ocean Perinat Soc Int Soc Perinat Obstet. 2021;34(23):3915-3921. doi:10.1080/14767058.2019.1702943

6. Committee on Practice Bulletins - Obstetrics, Society for Maternal - Fetal Medicine. Practice Bulletin No. 169: Multifetal Gestations: Twin, Triplet, and Higher-Order Multifetal Pregnancies. *Obstet Gynecol*. 2016;128(4):e131-146. doi:10.1097/AOG.0000000000001709

7. Foo JY, Mangos GJ, Brown MA. Characteristics of hypertensive disorders in twin versus singleton pregnancies. *Pregnancy Hypertens*. 2013;3(1):3-9. doi:10.1016/j.preghy.2012.05.005

8. Aviram A, Berger H, Abdulaziz KE, et al. Outcomes Associated With Hypertensive Disorders of Pregnancy in Twin Compared With Singleton Gestations. *Obstet Gynecol*. 2021;138(3):449-458. doi:10.1097/AOG.0000000000004506

9. Sibai BM, Hauth J, Caritis S, et al. Hypertensive disorders in twin versus singleton gestations. *Am J Obstet Gynecol*. 2000;182(4):938-942. doi:10.1016/S0002-9378(00)70350-4

10. Connolly KA, Factor SH, Getrajman CS, et al. Maternal clinical disease characteristics and maternal and neonatal outcomes in twin and singleton pregnancies with severe preeclampsia. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2016;201:36-41. doi:10.1016/j.ejogrb.2015.11.031

11. Gestational Hypertension and Preeclampsia: ACOG Practice Bulletin, Number 222. *Obstet Gynecol*. 2020;135(6):e237. doi:10.1097/AOG.0000000000003891

12. Ni Y, Cheng W. Clinical characteristics of early-onset pre-eclampsia in singleton versus multiple pregnancies. *Int J Gynaecol*

Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet. 2016;132(3):325-328. doi:10.1016/j.ijgo.2015.07.029

13. Block HS, Biller J. Neurology of pregnancy. *Handb Clin Neurol.* 2014;121:1595-1622. doi:10.1016/B978-0-7020-4088-7.00105-X

14. Bdoalah Y, Lam C, Rajakumar A, et al. Twin pregnancy and the risk of preeclampsia: bigger placenta or relative ischemia? *Am J Obstet Gynecol.* 2008;198(4):428.e1-6. doi:10.1016/j.ajog.2007.10.783

15. Aviram A, Giltvedt MK, Sherman C, et al. The role of placental malperfusion in the pathogenesis of preeclampsia in dichorionic twin and singleton pregnancies. *Placenta.* 2018;70:41-49. doi:10.1016/j.placenta.2018.09.002

16. Henry DE, McElrath TF, Smith NA. Preterm severe preeclampsia in singleton and twin pregnancies. *J Perinatol Off J Calif*

Perinat Assoc. 2013;33(2):94-97. doi:10.1038/jp.2012.74

17. Norwitz ER, Edusa V, Park JS. Maternal physiology and complications of multiple pregnancy. *Semin Perinatol.* 2005;29(5):338-348. doi:10.1053/j.semperi.2005.08.002

18. Rao A, Sairam S, Shehata H. Obstetric complications of twin pregnancies. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2004;18(4):557-576. doi:10.1016/j.bpobgyn.2004.04.007

19. Proctor LK, Kfoury J, Hirsch L, et al. Association between hypertensive disorders and fetal growth restriction in twin compared with singleton gestations. *Am J Obstet Gynecol.* 2019;221(3):251.e1-251.e8. doi:10.1016/j.ajog.2019.04.022

20. O'Brien M, Baczyk D, Kingdom JC. Endothelial Dysfunction in Severe Preeclampsia is Mediated by Soluble Factors, Rather than Extracellular Vesicles. *Sci Rep.* 2017;7(1):5887. doi:10.1038/s41598-017-06178-z

Summary

CHARACTERISTICS OF HYPERTENSION DISORDERS IN TWIN COMPARED WITH SINGLETON PREGNANCIES

The aim of this study was to determine the clinical characteristics and perinatal outcomes of hypertension disorders in twin pregnancy compared with singleton pregnancy. A cross-sectional study was conducted on 166 women with hypertension disorders in pregnancy (HDP) at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology from March 2023 to June 2023. Of 166 women met the study criteria, 37 (23.3%) and 129 (77.7%) had twin and singleton pregnancies, respectively. Women with twin pregnancy were less likely to have a headache than women with singleton pregnancy (2.7% vs 17.8%; $p = 0.021$). There was no significant difference in the maternal adverse outcomes (eclampsia, abruptio placentae, and HELLP syndrome) between twins and singletons. Women with twin pregnancy had significantly higher rates of preterm delivery compared with singleton pregnancy (73.0% vs 54.3%; $p = 0.042$). However, the prevalence of fetal distress and intrauterine growth restriction in singleton pregnancies were higher than in twin pregnancies, with a statistically significant difference (13.2% vs 0%; $p = 0.02$ and 26.4% vs 10.8%; $p = 0.047$). The majority of birth weight in twin pregnancies was in the 1500 – 2499 gram range (59.5%), while

the majority of birth weight in singleton pregnancies was more than 2500 gram (53.5%). Our study showed that women with hypertension disorders in singleton pregnancies have significantly higher prevalence of headache than in twin pregnancies. HDP have more severe fetal adverse outcomes (fetal distress and intrauterine growth restriction) in singleton than in twin pregnancies.

Keywords: Hypertension disorders in pregnancy, twin pregnancies, singleton pregnancies.