

- Accessed October 22, 2022. [https://www.pectusclinic.com/downloads/Pectus\\_Carinatum\\_Guideline\\_080812.pdf](https://www.pectusclinic.com/downloads/Pectus_Carinatum_Guideline_080812.pdf)
- Fonkalsrud EW. Surgical Management of Pectus Carinatum.** Operative Techniques in Thoracic and Cardiovascular Surgery. 2000;5(2):110-117. doi:10.1053/otct.2000.7028
  - Shamberger R. C.** (2010), "Congenital Chest Wall Deformities", Sabiston & Spencer surgery of the chest, Pedro J. del Nido Frank W. Sellke, Scott J. Swanson, Editor, Saunders Elsevier, Philadelphia, pp. 363-365.
  - Park HJ, Kim KS.** The sandwich technique for repair of pectus carinatum and excavatum/carinatum complex. Ann Cardiothorac Surg. 2016;5(5):434-439. doi:10.21037/acs.2016.08.04
  - Katrancioglu O, Akkas Y, Karadayi S, Sahin E, Kaptanoğlu M.** Is the Abramson technique effective in pectus carinatum repair? Asian Journal of Surgery. 2018;41(1):73-76. doi:10.1016/j.asjsur.2016.09.008
  - Abramson H, D'Agostino J, Wuscovi S.** A 5-year experience with a minimally invasive technique for pectus carinatum repair. Journal of Pediatric Surgery. 2009;44(1):118-124. doi:10.1016/j.jpedsurg.2008.10.020
  - Zhang X, Hu F, Bi R, Wang L, Jiang L.** Minimally invasive repair of pectus carinatum with a new steel bar. Journal of Thoracic Disease. 2022;14(8). doi:10.21037/jtd-22-189
  - Yuksel M, Lacin T, Ermerak NO, Sirzai EY, Sayan B.** Minimally Invasive Repair of Pectus Carinatum. Ann Thorac Surg. 2018;105(3):915-923. doi:10.1016/j.athoracsur.2017.10.003
  - Suh JW, Joo S, Lee GD, Haam SJ, Lee S.** Minimally Invasive Repair of Pectus Carinatum in Patients Unsited to Bracing Therapy. Korean J Thorac Cardiovasc Surg. 2016;49(2):92-98. doi:10.5090/kjtcs.2016.49.2.92

## ĐẶC ĐIỂM HUYẾT ÁP LƯU ĐỘNG 24 GIỜ Ở PHỤ NỮ MANG THAI CÓ TĂNG HUYẾT ÁP PHÒNG KHÁM

Đặng Việt Long<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Bạch Yến<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

Nghiên cứu huyết áp lưu động 24 giờ được thực hiện ở 87 phụ nữ mang thai có tăng huyết áp phòng khám (huyết áp  $\geq 140/90$  mmHg) với tuổi trung bình là  $31,98 \pm 5,28$ , tuổi nhỏ nhất là 22 tuổi, tuổi lớn nhất là 42 tuổi. Tỷ lệ tăng huyết áp áo choàng trắng là 34,5%. Có sự khác biệt giữa tỷ lệ tăng huyết áp áo choàng trắng của nhóm bệnh nhân trên và dưới 30 tuổi. Tỷ lệ không trúng huyết áp ban đêm ở nhóm tăng huyết áp áo choàng trắng thấp hơn nhóm tăng huyết áp thật sự (46,7% so với 77,2%,  $p=0,004$ ). Rối loạn giấc ngủ có liên quan với tình trạng không trúng huyết áp về đêm (OR=5,67,  $p=0,009$ ). Nhóm không trúng HA ban đêm có nguy cơ xuất hiện protein trong nước tiểu cao hơn (OR= 8,41,  $p=0,011$ ).

**Từ khóa:** Tăng huyết áp áo choàng trắng (THA.ACT), Tăng huyết áp (THA), Huyết áp lưu động 24 giờ (ABPM), Phụ nữ mang thai.

### SUMMARY

#### CHARACTERISTICS OF AMBULATORY BLOOD PRESSURE MONITORING IN PREGNANCY WITH HIGH OFFICE BLOOD PRESSURE

Hypertensive disorders of pregnancy, including pre-eclampsia, complicate up to 10% of pregnancies

worldwide, being one of the greatest causes of maternal and perinatal morbidity and mortality worldwide. In the general population, WHC may account for about one-third of individuals with elevated clinic or office BP. The prevalence in pregnancy is not known. The presence and outcome effect of white coat hypertension in pregnancy was determined with 24-h ambulatory blood pressure monitoring. The study was conducted at the Vietnam Heart hospital and hanoi medical university hospital and Tam anh hospital. In this prospective cohort of 87 hypertensive pregnant women, WCH had a prevalence of 34.5%. Only 65.5% of these women had high blood pressure with 24 hour ABPM. The mean age was  $31,98 \pm 5,28$  (years old), the lowest age was 22 and the oldest was 42 years old. There was a statistically significant difference in WCH incidence between younger participants (<30 years old) than older individuals. In our study, sleep disorders was a risk factor for an increased rate of of non-dipper (OR = 5,67,  $p=0,009$ ), proteinuria is also a risk factor for an increased rate of non-dipper (OR = 8,41,  $p=0,011$ ).

**Keywords:** hypertension; pregnancy; white coat effect; Ambulatory blood pressure monitoring

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) gặp ở 5-10% phụ nữ mang thai, là một trong những nguyên nhân chính dẫn đến tử vong cho mẹ, thai nhi và làm gia tăng các biến cố bất lợi trong quá trình thai sản và chuyển dạ.<sup>[1]</sup> Tăng huyết áp áo choàng trắng (THA.ACT) là tình trạng huyết áp tại phòng khám tăng cao ( $\geq 140/90$  mmHg) nhưng huyết áp đo tại nhà lại bình thường (<135/85

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa tỉnh Điện Biên

<sup>2</sup>Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Việt Long

Email: dangvietlong91@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.11.2022

Ngày phân biện khoa học: 13.12.2022

Ngày duyệt bài: 3.01.2023

mmHg)<sup>[2]</sup>. Tỷ lệ THA.ACT ở phụ nữ mang thai hiện còn chưa rõ. Theo một số nghiên cứu trên thế giới tỷ lệ này dao động từ 30% - 70%.<sup>[3]</sup> Đa số các khuyến cáo đều đồng thuận là THA.ACT có thể được kiểm soát bằng cách theo dõi huyết áp tại nhà hoặc huyết áp lưu động 24 giờ (ABPM) và không dùng thuốc hạ huyết áp chỉ trừ khi mức huyết áp tại phòng khám  $\geq 160/110$  mmHg. Theo dõi ABPM hiện nay được chỉ định thường quy trên lâm sàng giúp chẩn đoán các hình thái THA và dự đoán nguy cơ tim mạch tốt hơn chỉ số huyết áp tại phòng khám.<sup>[4]</sup>

Đề tài nghiên cứu "Đặc điểm huyết áp lưu động 24h của phụ nữ mang thai có tăng huyết áp phòng khám" được tiến hành với hai mục tiêu sau

1. Tìm hiểu tỷ lệ tăng huyết áp áo choàng trắng, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm tăng huyết áp áo choàng trắng so với nhóm tăng huyết áp thực sự ở phụ nữ mang thai.

2. Khảo sát đặc điểm huyết áp lưu động 24 giờ ở phụ nữ mang thai có tăng huyết áp tại phòng khám.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Đối tượng được chọn vào nghiên cứu là các phụ nữ mang thai có THA tại phòng khám (trung bình số đo huyết áp 2 lần  $\geq 140/90$  mmHg), không có tiền sử THA từ trước, hiện không sử dụng thuốc hạ huyết áp, được ghi ABPM. Loại ra khỏi nghiên cứu các trường hợp có dấu hiệu, triệu chứng nghi ngờ THA thứ phát, các trường hợp THA nặng (huyết áp  $\geq 160/110$  mmHg), THA có dấu hiệu triệu chứng tiền sản giật, sản giật (là các trường hợp cần xử trí ngay).

Chỉ định ghi ABPM (theo ISSHP 2021): Khuyến cáo đo huyết áp bên ngoài phòng khám (đo tại nhà, hoặc ghi ABPM) cho mọi phụ nữ mang thai khi phát hiện có THA tại phòng khám và không có bằng chứng về tiền sản giật. Điều này giúp xác định tăng huyết áp áo choàng trắng, xác định chẩn đoán tăng huyết áp.

**2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:** Thời gian nghiên cứu: từ 1/2021 đến 9/2022. Địa điểm nghiên cứu: phòng khám tim mạch tại Bệnh viện Bạch Mai, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh.

### 2.3. Phương pháp nghiên cứu:

**2.3.1. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang

**2.3.2. Chọn mẫu:** thuận tiện, cỡ mẫu dự tính ước lượng theo công thức một tỷ lệ:

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

Trong đó n là cỡ mẫu tối thiểu.  $Z_{1-\alpha/2}$ : là giá trị từ phân bố chuẩn, được tính dựa trên mức ý nghĩa thống kê ( $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ ; với  $\alpha = 0,05$ ). P là tỷ lệ ước đoán lấy từ một nghiên cứu trước ( $p = 29,2\%$ ).<sup>[5]</sup> Cỡ mẫu tối thiểu  $n = 80$  bệnh nhân. Số lượng bệnh nhân thực tế 87 bệnh nhân.

### 2.3.3. Các thông số chính trong nghiên cứu:

- + Thông số chung: tuổi, tuổi thai, chiều cao, cân nặng trước khi mang thai, BMI
- + Các yếu tố liên quan: tiền sử THA gia đình, tiền sử sản bệnh (đẻ non, thai lưu, sảy thai)
- + Thông số về lâm sàng cơ bản: đau đầu, chóng mặt, nhịp tim, huyết áp tại phòng khám
- + Thông số cận lâm sàng: protein niệu, chỉ số Sokolow-Lyon trên điện tim, chỉ số khối lượng cơ thất trái (LVMI) trên siêu âm tim
- + Tỷ lệ THA.ACT
- + Thông số trên ABPM: trung bình huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương (24 giờ, ban ngày, ban đêm), tình trạng trũng và không trũng huyết áp.

### 2.4. Quy trình tiến hành nghiên cứu

- Lựa chọn bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chẩn đoán không có tiêu chuẩn loại trừ đưa vào nghiên cứu.

- Khai thác tiền sử, khám lâm sàng, làm các xét nghiệm cận lâm sàng
- Thu thập và phân tích kết quả ghi ABPM
- Xác định nhóm THA.ACT và tăng huyết áp thực sự (THA.TS).
- Thu thập số liệu, phân tích kết quả, viết báo cáo.

**2.5. Tiêu chuẩn chẩn đoán theo kết quả đo ABPM.** THA.TS khi huyết áp ban ngày  $\geq 135/85$ mmHg hoặc ban đêm  $\geq 120/70$ mmHg hoặc huyết áp 24 giờ  $\geq 130/80$ mmHg.

THA.ACT khi có huyết áp phòng khám  $\geq 140/90$ mmHg và huyết áp ban ngày  $< 135/85$ mmHg.

Có trũng: huyết áp ban đêm giảm  $\geq 10\%$  so với huyết áp ban ngày.

Không trũng: huyết áp ban đêm giảm  $< 10\%$  so với huyết áp ban ngày.

**2.5. Thông kê xử lý số liệu:** Thu thập và quản lý số liệu dựa theo phần mềm Epidata, Excel. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0

**2.6. Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành dưới sự đồng ý của lãnh đạo Bệnh viện Bạch Mai, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, Bệnh viện Tâm Anh. Thông tin của bệnh nhân được đảm bảo bí mật, phục vụ cho nghiên cứu, không làm ảnh hưởng đến sức khỏe và kinh tế của bệnh nhân.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**3.1. Tỷ lệ THA áo choàng trắng.** Trong số 87 bệnh nhân nghiên cứu có 30 bệnh nhân bị THA.ACT chiếm 34,5% và 57 bệnh nhân bị THA.TS chiếm 65,5%. Như vậy tỷ lệ phụ nữ

mang thai có THA.ACT trong nghiên cứu của chúng tôi là 34,5%.

### 3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của phụ nữ mang thai có THA phòng khám

**Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng**

Đặc điểm		Nhóm chung (n,%) n=87 ( $\bar{x} \pm SD$ )	THA.ACT (n,%) n=30 ( $\bar{x} \pm SD$ )	THA.TS (n,%) n=57 ( $\bar{x} \pm SD$ )	P
Tuổi		31,98 ± 5,28	29,17 ± 4,13	33,46 ± 5,24	<0,001
Tuần thai kì	< 20 tuần	42 (48,3%)	13 (43,3%)	29 (50,9,6%)	0,33
	≥ 20 tuần	45 (51,7%)	17 (56,7%)	28 (49,1,8%)	
Béo phì		27 (31,0%)	5 (16,7%)	22 (38,6%)	<b>0,036</b>
Đau đầu		12 (13,8%)	3 (10,0%)	9 (15,8%)	0,53
Chóng mặt		18 (20,7%)	4 (13,3%)	14 (24,6%)	0,22
Tần số tim		85,10 ± 13,61	84,77 ± 16,27	85,28 ± 12,14	0,87
Huyết áp tâm thu		146,02 ± 5,89	142,00 ± 2,48	148,14 ± 6,06	<0,001
Huyết áp tâm trương		91,32 ± 4,48	88,23 ± 3,07	92,95 ± 4,26	<0,001
Có protein niệu		17 (21,0%)	2 (6,7%)	15 (29,4%)	<b>0,015</b>
Có đái tháo đường		16 (20,0%)	6 (20,7%)	10 (19,6%)	0,91
Có rối loạn lipid máu		47 (74,6%)	14 (63,6%)	33 (88,5%)	0,14
Sokolow-Lyon		2,21 ± 0,65	2,02 ± 0,52	2,31 ± 0,69	<b>0,032</b>
Chỉ số khối cơ thắt trái		71,27 ± 17,45	63,55 ± 12,35	2,31 ± 0,69	<b>0,001</b>
Có dày thất trái trên siêu âm		13 (14,9%)	1 (3,3%)	12 (21,1%)	<b>0,03</b>
Tiền sử gia đình bị THA		27 (31,0%)	5 (16,7%)	22 (38,6%)	<b>0,036</b>
Tiền sử sinh non, thai lưu, sảy thai		30 (34,5%)	6 (20,0%)	24 (42,1%)	<b>0,039</b>

**Nhận xét:** Độ tuổi trung bình là 31,98±5,28, tuổi nhỏ nhất là 22 tuổi, tuổi lớn nhất là 42 tuổi. Nhóm THA.TS có độ tuổi trung bình cao hơn so với nhóm THA.ACT (p<0,001)

Tỷ lệ béo phì của nhóm THA.TS là 38,6% cao hơn nhóm THA.ACT là 16,7% (p=0,036).

Huyết áp tâm thu và tâm trương đo tại phòng khám của nhóm THA.TS cao hơn nhóm THA.ACT (p<0,001).

Trong nhóm THA.TS có 15 bệnh nhân có protein niệu (chiếm 28,4%), nhóm THA.ACT có 2 bệnh nhân (chiếm 6,7%), khác biệt có ý nghĩa thống kê p=0,015

Chỉ số Sokolow-Lyon đánh giá sự dày thất trái trên điện tim và chỉ số khối cơ thắt trái đánh giá sự dày thất trái trên siêu âm tim của 2 nhóm là khác biệt có ý nghĩa thống kê với p lần lượt là 0,032 và 0,001. Trong nhóm THA.TS có 12 bệnh nhân có biểu hiện dày thất trái (chiếm 21,1%), trong khi đó nhóm THA.ACT có 1 bệnh nhân (chiếm 3,3%) khác biệt có ý nghĩa thống kê p=0,03.

Tiền sử: tiền sử gia đình bị THA và tiền sử sản bệnh (đẻ non, thai lưu, sảy thai) của nhóm THA.TS đều cao hơn nhóm THA.ACT (p lần lượt là 0,036 và 0,039).

### 3.3. Đặc điểm ABPM của phụ nữ mang thai có THA phòng khám

**Bảng 2: Đặc điểm ABPM của đối tượng nghiên cứu**

Giá trị		THA.ACT (n,%) n=30 ( $\bar{x} \pm SD$ )	THA.TS (n,%) n=57 ( $\bar{x} \pm SD$ )	P
Huyết áp tâm thu (mmHg)	24h	116,78 ± 8,09	133,86 ± 11,96	< 0,001
	Ngày	119,24 ± 8,62	135,61 ± 12,38	< 0,001
	Đêm	107,47 ± 6,28	127,14 ± 12,33	< 0,001
	Lúc thức giấc	114,02 ± 11,02	133,36 ± 15,71	< 0,001
Huyết áp tâm trương (mmHg)	24h	72,67 ± 5,51	86,44 ± 10,41	< 0,001
	Ngày	74,75 ± 6,35	87,81 ± 10,60	< 0,001
	Đêm	64,89 ± 3,78	81,30 ± 10,56	< 0,001
	Lúc thức giấc	71,65 ± 7,35	86,04 ± 11,55	< 0,001
Huyết áp trung bình	24h	87,36 ± 7,17	102,31 ± 10,88	< 0,001
	Ngày	89,58 ± 7,31	103,73 ± 10,91	< 0,001

(mmHg)	Đêm	79,15 ± 7,31	99,71 ± 11,41	< 0,001
	Lúc thức giấc	86,98 ± 9,07	101,92 ± 13,92	< 0,001
Biến thiên huyết áp về đêm	Trứng	16 (53,3%)	13 (22,8%)	0,004
	Không trứng	14 (46,7%)	44 (77,2%)	

**Nhận xét:** Các chỉ số trung bình huyết áp của ABMP (24 giờ, ban ngày, ban đêm, lúc thức giấc) của nhóm THA.TS đều cao hơn các chỉ số tương ứng của nhóm THA.ACT (p<0,001).

Tỉ lệ trứng và không trứng huyết áp về đêm của nhóm THA.ACT là 53,3% và 46,7%. Tỉ lệ

tương ứng của nhóm THA.ACT là 22,8% và 77,2%. Như vậy tỉ lệ không trứng HA của nhóm THA.TS là cao hơn so với nhóm THA.ACT (p=0,004).

**3.4. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng THA.TS ở phụ nữ mang thai có THA phòng khám**

**Bảng 3: Phân tích các yếu tố liên quan đến tình trạng THA.TS dựa vào mô hình hồi quy Logistic**

Một số yếu tố liên quan	Mô hình đơn biến			Mô hình đa biến		
	OR	Khoảng tin cậy 95%	p	OR	Khoảng tin cậy 95%	p
Béo phì	3,18	1,06 - 9,88	<b>0,040</b>	4,09	1,16 - 12,41	<b>0,029</b>
Tuổi trên 30	6,53	2,46 - 17,38	<b>&lt;0,001</b>	6,61	1,49 - 28,31	<b>0,008</b>
Tiền sử sinh non, thai lưu, sảy thai	2,91	1,03 - 8,21	<b>0,044</b>	4,25	1,10 - 14,35	<b>0,038</b>
Tiền sử gia đình bị THA	3,14	1,05 - 9,43	<b>0,041</b>	3,67	0,76 - 23,41	0,198
Có đái tháo đường	0,94	0,30 - 2,91	0,907	<b>Giá trị P của Hosmer and lemeshow test = 0,775</b>		
Có rối loạn lipid máu	2,36	0,74 - 7,54	0,148			
Ăn mặn	2,33	0,82 - 6,63	0,112			

**Nhận xét:** Chúng tôi xây dựng mô hình hồi quy đa biến để phân tích các yếu tố liên quan đến tình trạng THA.TS của phụ nữ mang thai có THA phòng khám, trong đó biến phụ thuộc là tình trạng THA.TS, biến độc lập là các biến liên quan có ý nghĩa trong mô hình hồi quy đơn biến. Chúng tôi thấy rằng một số yếu tố liên quan đến tình trạng THA.TS ở phụ nữ mang thai có THA phòng khám: tình trạng béo phì có liên quan

(OR=4,09, p=0,029). Tuổi trên 30 cũng có liên quan đến tình trạng THA.TS (OR=6,61, p=0,008). Tiền sử sản bệnh (sinh non, thai lưu, sảy thai) có liên quan (OR=4,25, p=0,038), ngoài ra chúng tôi thấy bệnh nhân tiền sử gia đình bị THA ở mô hình đơn biến có liên quan tình trạng THA.TS tuy nhiên trong mô hình đa biến thì lại không có liên quan (OR=3,67, P=0,198).

**Bảng 4: Phân tích các yếu tố liên quan đến tình trạng không trứng huyết áp dựa vào mô hình hồi quy Logistic**

Một số yếu tố liên quan	Mô hình đơn biến			Mô hình đa biến		
	OR	Khoảng tin cậy 95%	p	OR	Khoảng tin cậy 95%	p
Rối loạn giấc ngủ	3.29	1,01 - 10,77	<b>0,049</b>	5,67	1,55 - 20,68	<b>0,009</b>
Có protein niệu	5,47	1,15 - 25,96	<b>0,032</b>	8,41	1,62 - 43,59	<b>0,011</b>
Tiền sử sinh non, thai lưu, sảy thai	3,64	1,22 - 10,87	<b>0,021</b>	4,25	1,26 - 14,35	<b>0,020</b>
Béo phì	4,11	1,26 - 13,36	<b>0,019</b>	3,41	0,84 - 12,59	0,158
Có đái tháo đường	0,81	0,26 - 2,54	0,723	<b>Giá trị P của Hosmer and lemeshow test = 0,894</b>		
Có rối loạn lipid máu	1,25	0,40 - 3,96	0,701			
Có dày thất trái trên siêu âm	3,16	0,65 - 15,33	0,187			

**Nhận xét:** Chúng tôi xây dựng mô hình hồi quy đa biến để phân tích các yếu tố liên quan tới tình trạng không trứng huyết áp ở phụ nữ mang thai có THA phòng khám, trong đó biến phụ thuộc là tình trạng không trứng huyết áp và biến độc lập là các biến liên quan có ý nghĩa trong mô hình hồi quy đơn biến. Chúng tôi thấy rằng một số yếu tố liên quan đến tình trạng không trứng

huyết áp về đêm: rối loạn giấc ngủ (OR=5,67, p=0,009), tiền sử sản bệnh (sinh non, thai lưu, sảy thai) với (OR=4,25, p=0,02), protein có trong nước tiểu (OR= 8,41, p=0,011), ngoài ra chúng tôi thấy bệnh nhân có béo phì ở mô hình đơn biến có liên quan tình trạng không trứng huyết áp tuy nhiên trong mô hình đa biến thì lại không có liên quan (OR=3,41, p=0,158).

#### IV. BÀN LUẬN

Theo nghiên cứu của chúng tôi thì tỉ lệ THA.ACT ở phụ nữ mang thai có THA phòng khám là 34,5%, tỉ lệ THA.TS là 65,5%, kết quả này tương tự như kết quả nghiên cứu của Mark A. Brown và nghiên cứu của Angela Rodrigues (tỉ lệ THA.ACT lần lượt là 32% và 34,4%).<sup>[6,7]</sup>

Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 31,98±5,28, trong đó tuổi nhỏ nhất là 22, tuổi lớn nhất là 42. Có sự khác biệt giữa tỉ lệ mắc THA.ACT của nhóm bệnh nhân trên và dưới 30 tuổi, kết quả này tương tự với nghiên cứu của Mohammad T. Najafi.<sup>[8]</sup>

Huyết áp phòng khám của nhóm THA.TS cao hơn nhóm THA.ACT, trong khi đó các triệu chứng lâm sàng của THA là không đặc hiệu và dễ bị lồng ghép với các triệu chứng của thai nghén.

Các chỉ số trung bình huyết áp của ABMP (24 giờ, ban ngày, ban đêm, lúc thức giấc) của nhóm THA.TS đều cao hơn các chỉ số tương ứng của nhóm THA.ACT, kết quả này tương tự với nhiều nghiên cứu trên thế giới.<sup>[7,8]</sup> Tỉ lệ trứng và không trứng HA của nhóm THA.ACT là 53,3% và 46,7%. Tỉ lệ tương ứng của nhóm THA.TS là 22,8% và 77,2%. Như vậy tỉ lệ không trứng HA của nhóm THA.TS là cao hơn so với nhóm THA.ACT. Tình trạng không trứng huyết áp ở bệnh nhân tăng huyết áp thai kì có liên quan tới việc gia tăng biến cố bất lợi cho sản phụ (tăng tỉ lệ sản giật, tiền sản giật, đẻ non, rối loạn huyết động) và thai nhi (thai chậm phát triển trong buồng tử cung).

Trong mô hình hồi quy logistic đa biến chúng tôi xác định được một số yếu tố liên quan đến tình trạng THA.TS ở phụ nữ mang thai có THA phòng khám như: tình trạng béo phì (OR=4,09, p=0,019), tuổi trên 30 (OR=6,61, p=0,008) và tiền sử sản bệnh (sinh non, thai lưu, sảy thai) với (OR=4,25, p=0,038). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Mark A. Brown và Angela Rodrigues.<sup>[6,7]</sup>

Trong mô hình hồi quy logistic đa biến chúng tôi xác định được một số yếu tố liên quan đến tình trạng không trứng huyết áp ở nhóm nghiên cứu như: rối loạn giấc ngủ (OR=5,67, p=0,009), tiền sử sản bệnh (sinh non, thai lưu, sảy thai) với (OR=4,25, p=0,02), protein có trong nước tiểu (OR= 8,41, p=0,011). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Mark A. Brown và Mohammad T. Najafi.<sup>[6,8]</sup>

#### V. KẾT LUẬN

THA.ACT là tình trạng thường gặp trong lâm sàng, trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ phụ nữ mang thai bị THA.ACT là 34,5%. Triệu chứng lâm sàng của THA trên phụ nữ có thai thường không đặc hiệu. Ở nhóm bệnh nhân THA.TS thì huyết áp phòng khám và các giá trị huyết áp trên ABPM là cao hơn rõ rệt so với nhóm THA.ACT. Tỉ lệ không trứng huyết áp về đêm của nhóm THA.TS và THA.ACT là cao (77,4% và 46,7%) có liên quan đến các biến cố bất lợi đối với sản phụ và thai nhi trong quá trình thai sản. Khi tìm hiểu về các yếu tố liên quan với tình trạng THA.TS ở phụ nữ mang thai có THA phòng khám thì các yếu tố độc lập là tình trạng béo phì, tuổi trên 30 và tiền sử sản bệnh (sinh non, thai lưu, sảy thai). Trong khi đó các yếu tố liên quan tới tình trạng không trứng huyết áp ở phụ nữ mang thai có THA phòng khám thì các yếu tố độc lập là tình trạng rối loạn giấc ngủ, protein trong nước tiểu và tiền sử sản bệnh (sinh non, thai lưu, sảy thai). Như vậy việc xác định là THA.ACT hay THA.TS giúp chúng ta điều trị đúng và tiên lượng chính xác đối với sản phụ.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lo JO, Mission JF, Caughey AB.** Hypertensive disease of pregnancy and maternal mortality. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2013;25(2):124–32.
2. **Williams B, Mancina G, Spiering W, et al.** 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J.* 2018;39(33):3021-3104.
3. **Peek M, Shennan A, Halligan A, Lambert PC, Taylor DJ, De Swiet M.** Hypertension in pregnancy: which method of blood pressure measurement is most predictive of outcome? *Obstet Gynecol* 1996;88(6):1030–3.
4. **O'Brien E.** Ambulatory blood pressure monitoring in the management of hypertension. *Heart Br Card Soc* 2003;89(5):571–6.
5. **Bellomo G, Narducci PL, Rondoni F, Pastorelli G, Stangoni G, Angeli G, et al.** Prognostic value of 24-hour blood pressure in pregnancy. *JAMA* 1999;282(15):1447–52.
6. **Brown MA.** Is there a role for ambulatory blood pressure monitoring in pregnancy? *Clin Exp Pharmacol Physiol* 2014;41(1):16–21.
7. **Rodrigues A, Barata C, Marques I, Almeida MC.** Diagnosis of White Coat Hypertension and pregnancy outcomes. *Pregnancy Hypertens* 2018;14:121–4.
8. **Najafi MT, Salehi S, Alamdari A, Naderi N.** Ambulatory Blood Pressure Monitoring in Pregnancy; Does It Influence Our Practice? *Nephro-Urol Mon [Internet]* 2019 [cited 2022 Oct 4];11(2).