

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF PREGNANT WOMEN WITH TWIN PREGNANCIES \geq 22 WEEKS DIAGNOSED WITH PREECLAMPSIA AT CAN THO GYNECOLOGY AND OBSTETRICS HOSPITAL, 2024-2026

Nguyen Anh Van^{1*}, Nguyen Quoc Tuan¹, Thach Thao Dan Thanh², Du Kim Chau²

¹Can Tho University of Medicine and Pharmacy - 179 Nguyen Van Cu, Tan An ward, Can Tho city, Vietnam

²Can Tho Gynecology Obstetrics Hospital - 106 Cach Mang Thang Tam, Cai Khe ward, Can Tho city, Vietnam

Received: 09/03/2026

Revised: 26/03/2026; Accepted: 20/05/2026

ABSTRACT

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics of pregnant women with twin pregnancies \geq 22 weeks diagnosed with preeclampsia at Can Tho Gynecology Obstetrics Hospital from 2024 to 2026.

Subject and methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 44 pregnant women with twin pregnancies \geq 22 weeks diagnosed with preeclampsia who were hospitalized for monitoring, treatment, and delivery at Can Tho Gynecology Obstetrics Hospital during the study period.

Results: The mean maternal age was 30.7 ± 5.6 years, with 81.8% aged under 35 years. The mean pre-pregnancy BMI was 22.8 ± 3.3 kg/m²; 38.6% had a BMI \geq 23 kg/m². Conception via assisted reproductive technologies accounted for 38.6%. The mean gestational age at onset of preeclampsia was 37.7 ± 3.1 weeks; 38.6% had onset before 34 weeks. Preeclampsia with severe features occurred in 52.3% of cases, and HELLP syndrome in 15.9%. The highest recorded systolic blood pressure averaged 155.5 ± 16.5 mmHg. Among those with severe features, 87% had severe hypertension; hemolysis was observed in 34.8%, thrombocytopenia and elevated liver enzymes each in 17.4%, and renal impairment in 13%. No factors were statistically significantly associated with severe preeclampsia; however, all cases with chronic hypertension were classified as having severe features ($p = 0.050$).

Conclusion: Preeclampsia in twin pregnancies \geq 22 weeks' gestation was characterized by a high proportion of severe cases and a substantial rate of early-onset disease, accompanied by multiple manifestations of multi-organ involvement. Larger studies are warranted to further clarify predictors of severe disease.

Keywords: Twin pregnancy, preeclampsia, preeclampsia with severe features, HELLP syndrome.

*Corresponding author

Email: bsnguyenanhvan@gmail.com Phone: (+84) 355711366 DOI: 10.52163/yhc.v67i5.5151

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA THAI PHỤ MANG SONG THAI ≥ 22 TUẦN MẮC TIỀN SẢN GIẬT TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2024-2026

Nguyễn Anh Văn^{1*}, Nguyễn Quốc Tuấn¹, Thạch Thảo Đan Thanh¹, Dư Kim Châu²

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ - 179 Nguyễn Văn Cừ, phường Tân An, thành phố Cần Thơ, Việt Nam

²Bệnh viện Phụ Sản thành phố Cần Thơ - 106 Cách Mạng Tháng Tám, phường Cái Khế, thành phố Cần Thơ, Việt Nam

Ngày nhận bài: 09/03/2026

Ngày chỉnh sửa: 26/03/2026; Ngày duyệt đăng: 20/05/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của thai phụ mang song thai ≥ 22 tuần mắc tiền sản giật tại Bệnh viện Phụ Sản thành phố Cần Thơ năm 2024-2026.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 44 thai phụ mang song thai ≥ 22 tuần được chẩn đoán tiền sản giật, nhập viện theo dõi, điều trị và chấm dứt thai kỳ tại Bệnh viện Phụ Sản thành phố Cần Thơ trong thời gian nghiên cứu.

Kết quả: Tuổi trung bình thai phụ $30,7 \pm 5,6$; 81,8% dưới 35 tuổi. BMI trước mang thai trung bình $22,8 \pm 3,3$ kg/m²; 38,6% có BMI ≥ 23 kg/m². Tỷ lệ thụ thai nhờ hỗ trợ sinh sản 38,6%. Tuổi thai khởi phát trung bình $37,7 \pm 3,1$ tuần; 38,6% khởi phát dưới 34 tuần. Tiền sản giật có dấu hiệu nặng chiếm 52,3%; hội chứng HELLP 15,9%. Huyết áp tâm thu cao nhất trung bình $155,5 \pm 16,5$ mmHg. Trong nhóm có dấu hiệu nặng, 87% có tăng huyết áp nặng; tán huyết 34,8%; giảm tiểu cầu và tăng men gan cùng chiếm 17,4%; suy giảm chức năng thận 13%. Không ghi nhận yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với thể nặng; tuy nhiên, 100% trường hợp có tăng huyết áp mạn thuộc nhóm có dấu hiệu nặng ($p = 0,050$).

Kết luận: Tiền sản giật ở thai kỳ song thai ≥ 22 tuần có tỷ lệ thể nặng và khởi phát sớm đáng kể, kèm nhiều biểu hiện tổn thương đa cơ quan. Cần nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để xác định các yếu tố dự báo thể nặng.

Từ khóa: Song thai, tiền sản giật, tiền sản giật có dấu hiệu nặng, hội chứng HELLP.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiền sản giật là một rối loạn thai kỳ đặc trưng bởi tình trạng tăng huyết áp mới khởi phát, thường xảy ra sau tuần thứ 20 của thai kỳ, đặc biệt ở giai đoạn cuối thai kỳ [1], thường kèm theo protein niệu hoặc tổn thương các cơ quan đích như gan, thận, hệ thần kinh và huyết học. Tiền sản giật (TSG) ảnh hưởng đến khoảng 2-8% thai kỳ trên toàn thế giới. Đây là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong mẹ và thai nhi, ước tính gây ra khoảng 46.000 ca tử vong mẹ và 500.000 ca tử vong thai nhi/sơ sinh mỗi năm [1-2].

Thai kỳ song thai được xác định là một yếu tố nguy cơ độc lập và quan trọng đối với sự phát triển của TSG. Các nghiên cứu cho thấy thai phụ mang song thai có nguy cơ mắc TSG cao gấp 2-3 lần so với đơn thai [3-4]. Cơ chế bệnh sinh ở nhóm đối tượng này liên quan mật thiết đến tình trạng mất cân đối giữa cung và cầu của đơn vị tử cung - nhau thai, dẫn đến sự giải phóng quá mức các yếu tố kháng tạo mạch như sFlt-1 và sự sụt giảm các yếu tố tạo mạch như PlGF vào tuần hoàn mẹ [2-4].

Về mặt lâm sàng, TSG ở thai kỳ song thai thường có xu hướng diễn tiến nặng và biểu hiện sớm hơn [2]. Những thay đổi sinh lý đặc thù của song thai, như sự gia tăng đáng kể thể tích máu và cung lượng tim, có thể làm lu mờ hoặc làm thay đổi các triệu chứng điển hình của TSG, gây

khó khăn cho việc chẩn đoán sớm [3]. Các biến chứng nghiêm trọng như hội chứng HELLP, sản giật, suy thận cấp và phù phổi thường ghi nhận tỉ lệ cao hơn ở nhóm thai phụ này, dẫn đến những kết cục thai kỳ bất lợi như sinh non do chỉ định y khoa và thai chậm tăng trưởng [1-4].

Mặc dù nguy cơ TSG ở thai kỳ song thai cao, các dữ liệu về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở nhóm thai phụ mang song thai ≥ 22 tuần vẫn còn hạn chế. Việc nhận diện đặc điểm bệnh học ở nhóm đối tượng này có ý nghĩa quan trọng trong chiến lược theo dõi và xử trí nhằm cải thiện kết cục mẹ và chu sinh. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu: mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của thai phụ mang song thai ≥ 22 tuần mắc TSG tại Bệnh viện Phụ Sản thành phố Cần Thơ năm 2024-2026.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các thai phụ mang song thai ≥ 22 tuần được chẩn đoán TSG nhập viện theo dõi, điều trị và kết thúc thai kỳ tại Bệnh viện Phụ Sản thành phố Cần Thơ trong thời gian nghiên cứu với tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ sau:

- Tiêu chuẩn lựa chọn: thai phụ mang song thai có tuổi thai ≥ 22 tuần đồng ý tham gia nghiên cứu; được chẩn

*Tác giả liên hệ

Email: bsnguyenanhvan@gmail.com Điện thoại: (+84) 355711366 DOI: 10.52163/yhc.v67i5.5151

doán TSG theo tiêu chuẩn hiện hành của Hiệp hội Sản Phụ khoa Hoa Kỳ (ACOG) năm 2020 [1]; thai phụ được nhập viện theo dõi, điều trị và kết thúc thai kỳ tại Bệnh viện Phụ Sản thành phố Cần Thơ trong thời gian nghiên cứu; có hồ sơ bệnh án lưu trữ đầy đủ thông tin nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: thai phụ mang song thai có 1 thai lưu ở tuổi thai trước 22 tuần; thai phụ mang đa thai (≥ 3 thai); thai phụ có vấn đề về tâm thần, rối loạn ý thức, không thể nghe và không thể đọc được câu hỏi nghiên cứu; thai phụ muốn rút khỏi nghiên cứu.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Phụ Sản thành phố Cần Thơ từ ngày 1/7/2024 đến ngày 31/1/2026.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

- Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: nghiên cứu sử dụng phương pháp lấy mẫu toàn bộ, bao gồm tất cả các trường hợp thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu trong thời gian nghiên cứu. Tổng số thu thập được 44 trường hợp.

- Biến số nghiên cứu: đặc điểm chung (tuổi mẹ, BMI trước mang thai, tiền sử tăng huyết áp mạn, đái tháo đường thai kỳ, phương pháp thụ thai, số bánh nhau, sử dụng Aspirin); đặc điểm lâm sàng (tuổi thai khởi phát, huyết áp cao nhất, mức độ TSG (có/không có dấu hiệu nặng), hội chứng HELLP); đặc điểm cận lâm sàng (tiểu cầu, AST, ALT, creatinin, LDH, bilirubin toàn phần, acid uric). Phân tích mối liên quan giữa TSG có dấu hiệu nặng và một số yếu tố nguy cơ.

- Thu thập số liệu: số liệu được ghi nhận từ thăm khám lâm sàng khi nhập viện và trích lục hồ sơ bệnh án nội trú, số khám thai theo phiếu thu thập số liệu được thiết kế sẵn. Các xét nghiệm cận lâm sàng được thực hiện tại Khoa Xét nghiệm, Bệnh viện Phụ Sản thành phố Cần Thơ theo quy trình chuẩn của bệnh viện.

- Phương pháp xử lý số liệu: dữ liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 25.0. Biến định lượng trình bày dưới dạng trung bình \pm độ lệch chuẩn ($\bar{X} \pm SD$); biến định tính trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm. So sánh giữa các nhóm bằng kiểm định Chi-square hoặc Fisher. Ngưỡng ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Trường Đại học Y Dược Cần Thơ chấp thuận, số 24.283.HV-HĐĐĐ, ngày 28/06/2024.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của thai phụ mang song thai mắc TSG (n = 44)

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ (%)
Tuổi	$\bar{X} \pm SD$ (năm)	30,7 \pm 5,6	
	Min-max (năm)	18,0-46	
	< 35 tuổi	36	81,8
	≥ 35 tuổi	8	18,2

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ (%)
BMI trước mang thai	$\bar{X} \pm SD$ (kg/m ²)	22,8 \pm 3,3	
	Min-max (kg/m ²)	17,6-33,2	
	< 23 kg/m ²	27	61,4
	≥ 23 kg/m ²	17	38,6
Con so		28	63,6
Con rạ		16	36,4
Tiền sử tăng huyết áp mạn		5	11,4
Đái tháo đường thai kỳ		8	18,1
Phương pháp thụ thai	Tự nhiên	27	61,4
	Hỗ trợ sinh sản	17	38,6
Số bánh nhau	1	24	54,5
	2	20	45,5
Sử dụng Aspirin	Có	7	15,9
	Không	37	84,1

Tuổi trung bình của thai phụ là 30,7 \pm 5,6 tuổi; phần lớn dưới 35 tuổi (81,8%). BMI trước mang thai trung bình 22,8 \pm 3,3 kg/m², trong đó 38,6% có BMI ≥ 23 kg/m². Tỷ lệ con so (63,6%) cao hơn con rạ (36,4%). Tiền sử tăng huyết áp mạn và đái tháo đường thai kỳ lần lượt là 11,4% và 18,1%. Thai kỳ thụ thai tự nhiên chiếm 61,4%, trong khi hỗ trợ sinh sản chiếm 38,6%. Song thai một bánh nhau chiếm 54,5% và hai bánh nhau chiếm 45,5%. Chỉ có 15,9% thai phụ được sử dụng Aspirin dự phòng TSG. Nhìn chung, đối tượng nghiên cứu chủ yếu là thai phụ dưới 35 tuổi, con so, BMI trung bình trong giới hạn bình thường, với tỷ lệ hỗ trợ sinh sản và các bệnh lý nội khoa nền ở mức tương đối cao.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng TSG ở thai kỳ song thai (n = 44)

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ (%)
Tuổi thai khởi phát	$\bar{X} \pm SD$ (tuần)	37,7 \pm 3,1	
	Min-max (tuần)	24,0-39,0	
	< 34 tuần	17	38,6
	≥ 34 tuần	27	61,4
Huyết áp tâm thu cao nhất	$\bar{X} \pm SD$ (mmHg)	155,5 \pm 16,5	
	Min-max (mmHg)	120-190	
Huyết áp tâm trương cao nhất	$\bar{X} \pm SD$ (mmHg)	97,7 \pm 11,0	
	Min-max (mmHg)	80-130	
Mức độ TSG	Có dấu hiệu nặng	23	52,3
	Không dấu hiệu nặng	21	47,7
Hội chứng HELLP	Có	7	15,9
	Không	37	84,1

TSG có dấu hiệu nặng chiếm tỷ lệ cao (52,3%). Hội chứng HELLP ghi nhận ở 7 trường hợp (15,9%), trong đó có 6 trường hợp hội chứng HELLP bán phần và 1 trường hợp hội chứng HELLP toàn phần. Tuổi thai khởi phát trung

bình 37,7 ± 3,1 tuần. Đáng chú ý, có 38,6% trường hợp khởi phát trước 34 tuần, phản ánh tỷ lệ khởi phát sớm còn tương đối cao trong thai kỳ song thai. Huyết áp tâm thu và tâm trương cao nhất trung bình lần lượt là 155,5 ± 16,5 mmHg và 97,7 ± 11,0 mmHg.

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng TSG ở thai kỳ song thai

Đặc điểm		Giá trị
Tiểu cầu	$\bar{X} \pm SD$ (G/L)	215,7 ± 81,1
	Min-max (G/L)	36,0-409,0
AST	$\bar{X} \pm SD$ (U/L)	55,2 ± 135,9
	Min-max (U/L)	12,6-913,0
ALT	$\bar{X} \pm SD$ (U/L)	45,8 ± 122,3
	Min-max (U/L)	5,8-769,0
Creatinin	$\bar{X} \pm SD$ (μmol/L)	65,1 ± 22,3
	Min-max (μmol/L)	34,1-143,0
LDH	$\bar{X} \pm SD$ (U/L)	375,2 ± 171,6
	Min-max (U/L)	151,0-769,0
Bilirubin toàn phần	$\bar{X} \pm SD$ (μmol/L)	7,1 ± 7,1
	Min-max (μmol/L)	1,8-43,7
Acid uric	$\bar{X} \pm SD$ (μmol/L)	432,8 ± 102,0
	Min-max (μmol/L)	220,0-675,0

Số lượng tiểu cầu trung bình 215,7 ± 81,1 G/L, nhìn chung còn trong giới hạn bình thường nhưng độ lệch chuẩn lớn cho thấy có sự phân tán đáng kể. Nồng độ men gan AST và ALT có giá trị trung bình lần lượt 55,2 ± 135,9 U/L và 45,8 ± 122,3 U/L, với khoảng dao động rộng, gợi ý có những trường hợp tăng men gan rõ rệt. Creatinin trung bình 65,1 ± 22,3 μmol/L, trong khi LDH 375,2 ± 171,6 U/L và acid uric 432,8 ± 102,0 μmol/L có xu hướng tăng. Các kết quả này cho thấy đã xuất hiện những biến đổi sinh hóa phản ánh mức độ tổn thương nội mô và chức năng gan, thận với mức độ dao động giữa các trường hợp.

Bảng 4. Đặc điểm những trường hợp TSG có dấu hiệu nặng (n = 23)

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ (%)
Tăng huyết áp nặng (HATT ≥ 160 mmHg hoặc HATTr ≥ 110 mmHg)	20	87,0
Giảm tiểu cầu (< 100 G/L)	4	17,4
Tăng men gan (AST > 80 U/L hoặc ALT > 66 U/L)	4	17,4
Giảm chức năng thận (creatinin > 98 μmol/L)	3	13,0
Tán huyết (LDH ≥ 600 U/L hoặc bilirubin toàn phần ≥ 20,5 μmol/L)	8	34,8

Ghi chú: HATT: huyết áp tâm thu; HATTr: huyết áp tâm trương.

Trong số 23 trường hợp TSG có dấu hiệu nặng, tăng huyết áp nặng là biểu hiện thường gặp nhất, chiếm 87%. Các dấu hiệu tổn thương cơ quan đích ghi nhận tán huyết (34,8%), giảm tiểu cầu (17,4%), tăng men gan (17,4%) và suy giảm chức năng thận (13%). Kết quả cho thấy phần lớn các trường hợp được xếp vào nhóm TSG nặng chủ yếu

dựa trên tiêu chuẩn huyết áp, trong khi các rối loạn cận lâm sàng nặng ít gặp hơn.

Bảng 5. Mối liên quan giữa TSG có dấu hiệu nặng và một số yếu tố nguy cơ

Đặc điểm	TSG có dấu hiệu nặng	TSG không dấu hiệu nặng	OR (KTC 95%)	p
Khởi phát sớm (n = 17)	11 (64,7%)	6 (35,3%)	2,29 (0,66-8,01)	0,190
Một bánh nhau (n = 24)	11 (45,8%)	13 (54,2%)	0,56 (0,17-1,89)	0,349
Hỗ trợ sinh sản (n = 17)	11 (64,7%)	6 (35,3%)	2,29 (0,66-8,01)	0,190
Tăng huyết áp mạn (n = 5)	5 (100%)	0	-	0,050*
BMI ≥ 23 kg/m ² (n = 17)	8 (47,1%)	9 (52,9%)	0,71 (0,21-2,38)	0,583
Đái tháo đường thai kỳ (n = 8)	5 (62,5%)	3 (37,5%)	1,67 (0,35-7,98)	0,701*

Ghi chú: *Kiểm định Fisher.

Không ghi nhận yếu tố nào liên quan có ý nghĩa thống kê với TSG có dấu hiệu nặng (p > 0,05; các KTC 95% đều chứa 1). Khởi phát sớm và hỗ trợ sinh sản có xu hướng làm tăng nguy cơ TSG có dấu hiệu nặng (OR = 2,29), trong khi một bánh nhau (OR = 0,56) và BMI ≥ 23 kg/m² (OR = 0,71) không cho thấy xu hướng tăng nguy cơ rõ ràng. Đái tháo đường thai kỳ có OR = 1,67 nhưng chưa đạt ý nghĩa thống kê. Đáng chú ý, 100% trường hợp có tăng huyết áp mạn thuộc nhóm TSG có dấu hiệu nặng (p = 0,050. Kiểm định Fisher), gợi ý đây có thể là yếu tố liên quan mạnh nhất về mặt lâm sàng, tuy nhiên chưa thể khẳng định do cỡ mẫu nhỏ và xuất hiện ô bằng 0.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ TSG có dấu hiệu nặng ở thai kỳ song thai chiếm 52,3%. Cho thấy mức độ bệnh nặng trong quần thể nghiên cứu tương đối cao. Tỷ lệ này tương đồng với nghiên cứu của Tomer Avnon và cộng sự (2021) khi ghi nhận TSG ở song thai có xu hướng biểu hiện nặng hơn so với đơn thai và có tần suất biến chứng cơ quan đích cao hơn [5]. Sự tương đồng này củng cố giả thuyết về vai trò của khối lượng bánh nhau lớn và tình trạng quá tải tuần hoàn trong song thai, làm gia tăng giải phóng các yếu tố kháng tạo mạch như sFlt-1, dẫn đến rối loạn chức năng nội mô toàn thân và tăng mức độ biểu hiện lâm sàng [2-4].

Mặc dù tuổi thai khởi phát TSG trung bình 37,7 ± 3,1 tuần, tỷ lệ khởi phát sớm vẫn chiếm 38,6%, phản ánh tính không đồng nhất của bệnh cảnh trong thai kỳ song thai. Phân tích mối liên quan cho thấy khởi phát sớm có xu hướng làm tăng khả năng xuất hiện dấu hiệu nặng (OR = 2,29), tuy nhiên chưa đạt ý nghĩa thống kê. Khoảng tin cậy rộng cho thấy ước lượng chưa ổn định, nhiều khả năng do cỡ mẫu hạn chế. Dù vậy, xu hướng này phù hợp với mô hình dự báo của Qing Han và cộng sự (2022), trong đó tuổi thai khởi phát thấp được xem là yếu tố quan trọng liên quan đến mức độ nặng [6]. Về

sinh lý bệnh, TSG khởi phát sớm thường liên quan chặt chẽ đến rối loạn xâm nhập nguyên bào nuôi và mất cân bằng tạo mạch nghiêm trọng hơn so với thể muộn, điều này có thể góp phần lý giải xu hướng quan sát được trong nghiên cứu.

Hội chứng HELLP được ghi nhận ở 15,9% trường hợp, nằm trong khoảng dao động được báo cáo ở nhóm song thai. Đáng chú ý, phần lớn các trường hợp được phân loại TSG có dấu hiệu nặng dựa trên tiêu chuẩn tăng huyết áp nặng (87%), trong khi các biểu hiện tổn thương cơ quan đích như giảm tiểu cầu, tăng men gan hoặc suy giảm chức năng thận xuất hiện với tỷ lệ thấp hơn. Điều này cho thấy ở thai kỳ song thai, yếu tố huyết động có thể đóng vai trò nổi bật trong tiêu chuẩn phân loại mức độ bệnh. Sự gia tăng thể tích tuần hoàn và cung lượng tim trong song thai có thể làm ngưỡng tăng huyết áp dễ vượt quá tiêu chuẩn nặng trước khi các biểu hiện tổn thương đa cơ quan trở nên rõ rệt. Xu hướng này cũng đã được ghi nhận trong các nghiên cứu quan sát về đặc điểm lâm sàng TSG ở song thai.

Đối với các yếu tố nguy cơ khảo sát, thụ thai nhờ hỗ trợ sinh sản có xu hướng làm tăng khả năng xuất hiện dấu hiệu nặng (OR = 2,29), phù hợp với báo cáo của Fen Dai và cộng sự (2022) về nguy cơ TSG cao hơn ở song thai sau IVF [7]. Tuy nhiên, mối liên quan trong nghiên cứu của chúng tôi chưa đạt ý nghĩa thống kê và cần được diễn giải thận trọng. BMI trước mang thai $\geq 23 \text{ kg/m}^2$ và đái tháo đường thai kỳ cũng không cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê với mức độ nặng. Điều này khác với một số nghiên cứu đoàn hệ lớn, chẳng hạn Jia-Yi Mao và cộng sự (2024) ghi nhận BMI cao làm tăng nguy cơ TSG nói chung [8]. Sự khác biệt có thể xuất phát từ việc nghiên cứu của chúng tôi chỉ phân tích mức độ nặng trong nhóm đã mắc TSG, thay vì đánh giá nguy cơ khởi phát bệnh trong quần thể chung.

Tăng huyết áp mạn là yếu tố đáng chú ý khi toàn bộ các trường hợp trong nghiên cứu đều thuộc nhóm có dấu hiệu nặng và đạt ngưỡng ý nghĩa thống kê biên ($p = 0,050$). Tuy nhiên, do xuất hiện ô bằng 0 và số trường hợp ít, nên không thể ước tính OR và khoảng tin cậy chính xác. Vì vậy, mặc dù gợi ý mối liên quan tiềm năng, kết quả này cần được diễn giải thận trọng và không đủ cơ sở để khẳng định vai trò độc lập. Nhận định này phù hợp với báo cáo của Nipp Chantanahom và cộng sự (2021) khi tăng huyết áp mạn được xem là yếu tố nguy cơ quan trọng đối với TSG ở song thai [9], nhưng mức độ ảnh hưởng phụ thuộc vào cỡ mẫu và mô hình phân tích.

Các chỉ số cận lâm sàng trong nghiên cứu cho thấy sự dao động lớn, đặc biệt ở men gan và LDH, phản ánh tính không đồng nhất của tổn thương nội mô và chuyển hóa giữa các trường hợp. Acid uric trung bình tăng và LDH cao ở một số trường hợp phù hợp với cơ chế stress oxy hóa và tan máu vi mạch được mô tả trong sinh lý bệnh TSG. Tuy nhiên, do thiết kế mô tả cắt ngang và cỡ mẫu nhỏ, nghiên cứu chưa đánh giá được giá trị tiên lượng của các chỉ số này đối với diễn tiến nặng.

Nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế: (1) Cỡ mẫu nhỏ ($n = 44$) và thiết kế cắt ngang, dẫn đến khoảng tin cậy rộng và chưa cho phép phân tích mối liên quan nhân quả; (2) Chưa xây dựng mô hình hồi quy đa biến như các nghiên cứu đoàn hệ lớn. Do đó, các kết quả chủ yếu mang tính mô tả và cần được kiểm chứng bằng các nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu với cỡ mẫu lớn hơn, áp dụng hồi quy logistic đa biến

và cân nhắc bổ sung các chỉ điểm sinh học tạo mạch như sFlt-1/PlGF nhằm cải thiện khả năng dự báo mức độ nặng.

Tổng thể, kết quả nghiên cứu cho thấy TSG ở thai kỳ song thai có tỷ lệ thể nặng cao và biểu hiện lâm sàng đa dạng. Mặc dù chưa xác định được yếu tố liên quan độc lập có ý nghĩa thống kê, các xu hướng quan sát được phù hợp với y văn quốc tế và cung cấp dữ liệu thực tiễn có giá trị cho chiến lược theo dõi và quản lý thai kỳ song thai tại cơ sở chuyên khoa.

5. KẾT LUẬN

TSG ở thai phụ mang song thai ≥ 22 tuần có xu hướng khởi phát sớm, với tỷ lệ TSG có dấu hiệu nặng cao (52,3%) và tỷ lệ hội chứng HELLP đáng kể (15,9%). Các bất thường cận lâm sàng cho thấy tình trạng tổn thương đa cơ quan. Nghiên cứu chưa ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa các yếu tố khảo sát và TSG có dấu hiệu nặng, có thể do hạn chế về cỡ mẫu nhỏ. Tuy nhiên, ghi nhận 100% tăng huyết áp mạn đều thuộc nhóm TSG có dấu hiệu nặng gợi ý mối liên quan tiềm năng về mặt lâm sàng và cần được quan tâm trong thực hành lâm sàng. Các kết quả này cho thấy sự cần thiết của những nghiên cứu đoàn hệ với cỡ mẫu lớn hơn để làm rõ các yếu tố dự báo.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] American College of Obstetricians and Gynecologists. Gestational hypertension and preeclampsia. ACOG practice bulletin, No. 222, 2020, 135 (6): e237-60.
- [2] Magee L.A, Nicolaides K.H, von Dadelszen P. Preeclampsia. N Engl J Med, 2022, 386 (19): 1817-32. doi: 10.1056/NEJMra2109523.
- [3] Gyamfi-Bannerman C, Miller R.S. Multifetal pregnancy. In: Williams Obstetrics, 26th ed. New York: McGraw Hill, 2022: 838-64.
- [4] Roberts J.M, Hubel C.A. Preeclampsia syndrome. In: Williams Obstetrics, 26th ed. New York: McGraw Hill, 2022: 688-710.
- [5] Avnon T, Ascher-Landsberg J, Yogev Y, Many A. Clinical characteristics of preeclampsia in twin versus singleton pregnancies. J Matern Fetal Neonatal Med, 2021, 34 (18): 2978-83. doi: 10.1080/14767058.2020.1784872.
- [6] Han Q, Zheng S, Chen R, Zhang H, Yan J. A new model for predicting the risk of preeclampsia in twin pregnancy. Front Physiol, 2022, 13: 850149. doi: 10.3389/fphys.2022.850149.
- [7] Dai F, Pan S, Lan Y et al. Pregnancy outcomes and risk factors for preeclampsia in dichorionic twin pregnancies after in vitro fertilization: a five-year retrospective study. BMC Pregnancy Childbirth, 2022, 22: 830. doi: 10.1186/s12884-022-05184-y.
- [8] Mao J.Y, Luo S, Wang L et al. Impact factors and obstetric outcomes of preeclampsia in twin pregnancies by prepregnancy body mass index: a six-year retrospective cohort study. J Matern Fetal Neonatal Med, 2024, 37 (1): 2345294. doi: 10.1080/14767058.2024.2345294.
- [9] Chantanahom N, Phupong V. Clinical risk factors for preeclampsia in twin pregnancies. PLoS One, 2021, 16 (4): e0249555. doi: 10.1371/journal.pone.0249555.