STUDY OF CLINICAL CHARACTERISTICS AND PREGNANCY OUTCOMES IN CASES OF PREECLAMPSIA AT BINH DUONG GENERAL HOSPITAL

Nguyen Phuong Vy[1], Do Thi Minh Nguyet[2], Nguyen Quoc Tuan[3*]

[1]*Huong Phuc General Clinic - 424 Thuan Giao 21 street, Thuan Giao ward, Ho Chi Minh city, Vietnam*
[2]*Can Tho Obstetrics and Gynecology Hospital - 106 Cach Mang Thang Tam, Cai Khe ward, Can Tho city, Vietnam*
[3]*Can Tho University of Medicine and Pharmacy - 179 Nguyen Van Cu, Tan An ward, Can Tho city, Vietnam*

Received: 02/06/2026
Revised: 11/08/2026; Accepted: 18/09/2026

ABSTRACT

Objectives: To describe the prevalence, and clinical characteristics, and complications of different forms of preeclampsia; to describe the pregnancy outcomes of cases with preeclampsia.

Subjects and methods: A descriptive cross-sectional study was conducted on 113 cases diagnosed with preeclampsia.

Results: Based on the time of onset, the late-onset group was more prevalent than the early-onset group (80.5% vs. 19.5%). By gestational age, the proportion of preeclampsia in the full-term group was similar to that in the preterm group (50.4% vs. 49.6%). Based on disease severity, the group with severe features had a higher proportion than the group without severe features (70.8% vs. 29.2%). The average age was 31.03 ± 8.03. The highest proportion of pregnant women had two children (51.3%). The group with BMI ≥ 25 kg/m2 was also high (41.6%). There were 3 cases (2.7%) of eclampsia; placental abruption, HELLP syndrome, and postpartum hemorrhage each had 1 case (0.9%). The rate of cesarean section was high (65.5%). 23 cases were sent to the neonatal intensive care unit.

Conclusion: Preeclampsia is a dangerous condition during pregnancy.

Keywords: Preeclampsia, classification of preeclampsia, complications of preeclampsia, pregnancy outcomes of preeclampsia.

*Corresponding author
Email: nqtuan@ctump.edu.vn **Phone:** (+84) 909788778 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i9.6611

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT CỤC THAI KỲ CỦA NHỮNG TRƯỜNG HỢP TIỀN SẢN GIẬT TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA BÌNH DƯƠNG

Nguyễn Phương Vy[1], Đỗ Thị Minh Nguyệt[2], Nguyễn Quốc Tuấn[3*]

[1]*Phòng khám Đa khoa Hưởng Phúc - 424 đường Thuận Giao 21, P. Thuận Giao, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam*
[2]*Bệnh viện Phụ Sản Tp. Cần Thơ - 106 Cách Mạng Tháng Tám, P. Cái Khế, Tp. Cần Thơ, Việt Nam*
[3]*Trường Đại học Y Dược Cần Thơ - 179 Nguyễn Văn Cừ, P. Tân An, Tp. Cần Thơ, Việt Nam*

Ngày nhận: 02/06/2026
Ngày sửa: 11/08/2026; Ngày đăng: 18/09/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả tỷ lệ, đặc điểm lâm sàng và biến chứng của các dạng tiền sản giật; mô tả kết cục thai kỳ của những trường hợp tiền sản giật.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang mô tả 113 trường hợp được chẩn đoán tiền sản giật.

Kết quả: Theo thời điểm khởi phát, nhóm khởi phát muộn nhiều hơn khởi phát sớm (80,5% so với 19,5%); theo tuổi thai, tiền sản giật ở nhóm thai đủ tháng tương đương nhóm thai non tháng (50,44% so với 49,56%); theo mức độ nghiêm trọng của bệnh, tiền sản giật có dấu hiệu nặng cao hơn so với nhóm không có dấu hiệu nặng (70,8% so với 29,2%). Tuổi trung bình của thai phụ là 31,03 ± 8,03. Thai phụ có 2 con chiếm tỷ lệ cao nhất (51,3%). Nhóm có BMI ≥ 25 kg/m2 chiếm tỷ lệ cao (41,6%). Có 3 trường hợp (2,7%) sản giật; nhau bong non, hội chứng HELLP và băng huyết sau sinh 1 trường hợp (0,9%) mỗi biến chứng. Mổ lấy thai chiếm tỷ lệ cao (65,5%). Có 23 trường hợp (20,4%) gửi hồi sức sơ sinh.

Kết luận: Tiền sản giật là một bệnh lý nguy hiểm trong thai kỳ.

Từ khóa: Tiền sản giật, phân loại tiền sản giật, biến chứng của tiền sản giật, kết cục thai kỳ tiền sản giật.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiền sản giật là một trong những biểu hiện lâm sàng của rối loạn tăng huyết áp trong thai kỳ, bệnh lý này thường xuất hiện sau 20 tuần tuổi thai và là nguyên nhân hàng đầu gây bệnh suất và tử vong mẹ - thai trên toàn thế giới. Bệnh có biểu hiện lâm sàng đa dạng, từ thể nhẹ đến nặng, có thể tiến triển nhanh với các biến chứng nghiêm trọng như sản giật, hội chứng HELLP, suy đa cơ quan, cũng như gây hậu quả nặng nề cho thai nhi như suy thai, sinh non và tử vong chu sinh.

Thời gian gần đây, tại Việt Nam, cùng với sự thay đổi về đặc điểm dân số thai phụ như tuổi mang thai tăng, tình trạng thừa cân béo phì tăng, tiền sản giật có xu hướng gia tăng và diễn biến phức tạp hơn. Tuy nhiên, các nghiên cứu tại từng cơ sở y tế vẫn còn hạn chế, đặc biệt là trong việc đánh giá toàn diện đặc điểm lâm sàng và kết cục thai kỳ. Xuất phát từ thực tiễn đó, đề tài "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết cục thai kỳ của những trường hợp tiền sản giật tại Bệnh viện Đa khoa Bình Dương" được thực hiện nhằm cung cấp bằng chứng khoa học, góp phần nâng cao hiệu quả chẩn đoán, điều trị và cải thiện kết cục mẹ - thai.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- *Tiêu chuẩn chọn mẫu:* Thai phụ được chẩn đoán là tiền sản giật theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế [1], nhập viện và chấm dứt thai kỳ tại Bệnh viện Đa khoa Bình Dương (từ tháng 7/2025 đến tháng 4/2026); đơn thai; thai sống; đồng ý tham gia nghiên cứu.

- *Tiêu chuẩn loại trừ*: Thai phụ có bệnh lý nặng, khó tiếp xúc.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả.

2.3. Cỡ mẫu nghiên cứu

Công thức tính cỡ mẫu:

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

Trong đó: n là cỡ mẫu tối thiểu; Z là hệ số tin cậy (với α = 0,05 thì $Z_{1-\alpha/2}$ = 1,96); p là tỷ lệ tiền sản giật có dấu hiệu nặng (tỷ lệ này trong nghiên cứu của Mai Trọng Hưng và cộng sự là 77% [2]); d là sai số chấp nhận 0,08.

Thay số vào công thức, tính được cỡ mẫu cần lấy là 107. Thực tế chúng tôi lấy được mẫu n = 113.

2.4. Biến số thu thập

Thu thập các biến: tuổi, số con hiện có, chỉ số khối cơ thể (BMI), phương pháp chấm dứt thai kỳ, đặc điểm trẻ sơ sinh.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu

Đề tài đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh Trường Đại học Y dược Cần Thơ đồng ý cho thực hiện (văn bản số 25.374.HV-ĐHYDCT, ngày 30/6/2025).

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Phân loại tiền sản giật (n = 113)

Phân loại		n	%
Phân loại theo thời điểm khởi phát	Khởi phát sớm	22	19,5
	Khởi phát muộn	91	80,5
Phân loại theo tuổi thai	Non tháng	56	49,6
	Đủ tháng	57	50,4
Phân loại theo mức độ nặng	Tiền sản giật không có dấu hiệu nặng	33	29,2
	Tiền sản giật có dấu hiệu nặng	80	70,8

Đa số trường hợp tiền sản giật trong nghiên cứu thuộc nhóm khởi phát muộn với tỷ lệ 80,5%. Tỷ lệ tiền sản giật ở nhóm thai đủ tháng (50,4%). Theo mức độ nghiêm trọng, nhóm tiền sản giật có dấu hiệu nặng chiếm ưu thế rõ rệt (70,8%).

*Tác giả liên hệ
Email: nqtuan@ctump.edu.vn **Điện thoại:** (+84) 909788778 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i9.6611

Bảng 2. Đặc điểm về tuổi của đối tượng nghiên cứu (n = 113)

Tuổi (năm)	n	%
≤ 19 tuổi	16	14,2
20-34 tuổi	49	43,4
≥ 35 tuổi	48	42,5
$\bar{X}$ ± SD (tuổi)	31,03 ± 8,03	
Nhỏ nhất-lớn nhất (tuổi)	15-45	

Các thai phụ có tuổi trung bình là 31,03 ± 8,03. Nhóm 20-34 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (43,4%), tuy nhiên nhóm ≥ 35 tuổi cũng chiếm tỷ lệ tương đương (42,5%), trong khi nhóm ≤ 19 tuổi chiếm tỷ lệ thấp hơn (14,2%).

Bảng 3. Đặc điểm BMI của đối tượng nghiên cứu (n = 113)

BMI	n	%
< 18,5 kg/m^2	13	11,5
18, 5 kg/m^2 ≤ BMI < 23 kg/m2	33	29,2
23 ≤ BMI < 24,9 kg/m2	20	17,7
BMI ≥ 25 kg/m^2	47	41,6
$\bar{X}$ ± SD (kg/m^2)	24,30 ± 4,9	
Nhỏ nhất-lớn nhất (kg/m^2)	16-39	

BMI của các thai phụ có giá trị trung bình là 24,30 ± 4,9 kg/m2, dao động từ 16-39 kg/m^2. Nhóm BMI ≥ 25 kg/m2 chiếm tỷ lệ cao nhất (41,6%).

Bảng 4. Phương pháp chấm dứt thai kỳ (n = 113)

Phương pháp chấm dứt thai kỳ	n	%
Sinh ngả âm đạo	39	34,5
Mổ lấy thai	74	65,5

Tỷ lệ mổ lấy thai cao gần gấp đôi so với tỷ lệ sinh ngả âm đạo (65,5% so với 34,5%).

Bảng 5. Chuyển hồi sức sơ sinh (n = 113)

Chuyển hồi sức sơ sinh	n	%
Có	23	20,4
Không	90	79,6

Tỷ lệ chuyển hồi sức sơ sinh khoảng 20% (23 trường hợp.)

Bảng 6. Biến chứng trong thai kỳ (n = 113)

Biến chứng		n	%
Sản giật	Không	110	97,3
	Có	3	2,7
Nhau bong non	Không	112	99,1
	Có	1	0,9
Hội chứng HELLP	Không	112	99,1
	Có	1	0,9
Băng huyết sau sinh	Không	112	99,1
	Có	1	0,9

Tỷ lệ xuất hiện các biến chứng thấp. Sản giật xuất hiện 3 trường hợp (2,7%), các biến chứng nhau bong non, hội chứng HELLP và băng huyết sau sinh đều xuất hiện với 1 trường hợp (0,9%).

4. BÀN LUẬN

4.1. Phân loại tiền sản giật

Đề cập đến thời điểm khởi phát tiền sản giật, kết quả của chúng tôi (khởi phát sớm 19,5%, khởi phát muộn 80,5%), khác biệt đáng kể với nghiên cứu của Dương Thị Thúy Nga và cộng sự khi các tác giả ghi nhận tiền sản giật khởi phát sớm chiếm 61,5% và khởi phát muộn chỉ chiếm 38,5% [3]. Sự khác biệt này có thể liên quan đến đặc điểm dân số nghiên cứu, tiêu chuẩn chọn mẫu hoặc tính chất của cơ sở điều trị. Nghiên cứu của chúng tôi bao gồm nhiều trường hợp quản lý thai nghén thường quy và các ca bệnh phát hiện ở giai đoạn muộn hơn của thai kỳ.

Đối với phân loại theo tuổi thai, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ tiền sản giật non tháng và đủ tháng tương đương nhau (49,6% và 50,4%), trong khi đó nghiên cứu của Phạm Văn Tự và cộng sự tại Bệnh viện Đa khoa Hà Đông báo cáo tỷ lệ tiền sản giật đủ tháng chiếm ưu thế với 76,6% [4]. Những cơ sở chuyên khoa sâu thường tiếp nhận các trường hợp tiền sản giật nặng, cần chấm dứt thai kỳ sớm nên tỷ lệ non tháng sẽ cao hơn.

Về mức độ nặng của bệnh lý tiền sản giật, đáng chú ý tỷ lệ tiền sản giật có dấu hiệu nặng trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tới 70,8%, cao hơn rõ rệt so với các nghiên cứu của Phạm Văn Tự và cộng sự [4], Vũ Đình Nam và cộng sự [5], khi các tác giả này ghi nhận tỷ lệ tiền sản giật không dấu hiệu nặng chiếm ưu thế (55,3% và 58,2%). Tuy nhiên, kết quả của chúng tôi lại tương đồng với các nghiên cứu tại bệnh viện tuyến cuối như của Mai Trọng Hưng và cộng sự (Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội), với tỷ lệ tiền sản giật có dấu hiệu nặng là 77% [2]. Sự tương đồng này cho thấy nghiên cứu của chúng tôi có thể được thực hiện tại cơ sở tiếp nhận nhiều trường hợp chuyển tuyến hoặc bệnh nhân có diễn tiến nặng.

4.2. Độ tuổi của thai phụ

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tuổi trung bình của thai phụ là 31,03 ± 8,03 tuổi, nhỏ nhất là 15 tuổi và lớn nhất là 45 tuổi. Kết quả này cho thấy tỷ lệ thai phụ ≥ 35 tuổi bị tiền sản giật khá cao (đây là nhóm tuổi được xem là yếu tố nguy cơ quan trọng của tiền sản giật theo nhiều nghiên cứu và khuyến cáo sản khoa hiện nay [1]). Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi tương đối tương đồng với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước. Tuổi trung bình của thai phụ ghi nhận trong nghiên cứu của Phạm Văn Tự và cộng sự là 32,0 ± 6,6 [4]; Nguyễn Thị Huyền Anh và cộng sự là 30,74 ± 6,09 [6]; Nie X và cộng sự là 32,74 ± 5,25 [7]. Tuy nhiên, so với một số nghiên cứu khác, tuổi trung bình của thai phụ trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với Ran Matot và cộng sự (34,4 ± 6,3) [8]; Nguyễn Thái Giang và cộng sự (34,6 ± 6,1) [9], nhưng cao hơn nghiên cứu của Tamar Wainstock và cộng sự (24,02 ± 4,7) [10] ở nhóm tiền sản giật tái phát trong lần mang thai đầu. Sự khác biệt này có thể phản ánh đặc điểm dân số nghiên cứu, xu hướng sinh con muộn giữa các quốc gia, điều kiện kinh tế - xã hội cũng như chiến lược quản lý thai nghén tại từng cơ sở y tế. Điều này phù hợp với xu hướng hiện nay khi phụ nữ ngày càng có xu hướng kết hôn và mang thai ở tuổi lớn hơn do yếu tố nghề nghiệp, kinh tế và kế hoạch hóa gia đình.

4.3. Biến chứng trong thai kỳ

Kết quả này cho thấy mặc dù tỷ lệ tiền sản giật có dấu hiệu nặng trong nghiên cứu khá cao (70,8%), nhưng các biến chứng nặng vẫn xuất hiện với tỷ lệ tương đối thấp. Điều này phản ánh hiệu quả của việc theo dõi, chẩn đoán và xử trí kịp thời tại cơ sở điều trị, giúp hạn chế tiến triển sang các biến chứng nguy hiểm cho mẹ. Đối với biến chứng sản giật, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ 2,7%, tương đồng với nghiên cứu của Vũ Đình Nam và cộng sự (2,9%) [5]. Kết quả này cũng tương đương với nghiên cứu của Phạm Văn Tự và cộng sự (2,1%) [4], Nguyễn Thái Giang và cộng sự (2,0%) [9]. Tuy nhiên, tỷ lệ trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn Nguyễn Thị Huyền Anh và cộng sự (1,3%) [6], nhưng thấp hơn một số dữ liệu quốc tế của Nie X và cộng sự với tỷ lệ từ 3,67-4,0% [7]. Sự khác biệt này có thể liên quan đến quy mô mẫu, mức độ nặng của tiền sản giật và khả năng quản

lý tiền sản tại từng cơ sở. Sản giật là biến chứng nặng đặc trưng của tiền sản giật, thường xuất hiện ở các trường hợp kiểm soát huyết áp chưa tốt, chẩn đoán muộn hoặc không được sử dụng Magnesium Sulfate dự phòng đầy đủ. Việc tỷ lệ sản giật trong nghiên cứu của chúng tôi không quá cao dù tỷ lệ tiền sản giật nặng lớn cho thấy vai trò quan trọng của việc phát hiện sớm, điều trị hạ áp và dự phòng co giật theo đúng phác đồ.

4.4. Phương pháp chấm dứt thai kỳ

Phương pháp chấm dứt thai kỳ chủ yếu là mổ lấy thai với 65,5%, trong khi sinh ngả âm đạo chiếm 34,5%. Kết quả này cho thấy mổ lấy thai vẫn là phương pháp được lựa chọn ưu thế trong xử trí tiền sản giật nhằm đảm bảo an toàn cho mẹ và thai nhi, đặc biệt trong các trường hợp bệnh diễn tiến nặng hoặc có nguy cơ biến chứng cấp tính. Tỷ lệ mổ lấy thai trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với hầu hết các nghiên cứu trong nước đã được công bố. Mai Trọng Hưng và cộng sự ghi nhận tỷ lệ mổ lấy thai rất cao (97,6%) [2], trong khi Nguyễn Thị Huyền Anh và cộng sự báo cáo tỷ lệ 92,3% [6]. Sự khác biệt này có thể xuất phát từ nhiều nguyên nhân. Thứ nhất, mặc dù nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ tiền sản giật có dấu hiệu nặng cao (70,8%), nhưng tỷ lệ sinh ngả âm đạo vẫn đạt 34,5%, cho thấy có thể đã có sự lựa chọn và theo dõi chuyển dạ phù hợp ở những trường hợp ổn định, đáp ứng tốt với điều trị và không có chống chỉ định sinh đường âm đạo. Thứ hai, tỷ lệ tiền sản giật khởi phát muộn trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm ưu thế (80,5%). Các trường hợp tiền sản giật khởi phát muộn thường có tuổi thai lớn hơn, thai trưởng thành hơn và tình trạng mẹ ổn định hơn so với tiền sản giật khởi phát sớm. Do đó, khả năng theo dõi chuyển dạ và sinh ngả âm đạo có thể cao hơn. Đáng chú ý, tỷ lệ sinh ngả âm đạo trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nhiều nghiên cứu khác, cho thấy sinh thường vẫn có thể thực hiện an toàn ở một số trường hợp tiền sản giật nếu được theo dõi chặt chẽ. Điều này phù hợp với xu hướng hiện nay của sản khoa hiện đại là ưu tiên sinh ngả âm đạo khi không có chống chỉ định tuyệt đối, nhằm giảm tỷ lệ mổ lấy thai không cần thiết.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 113 thai phụ, đơn thai, nhập viện và chấm dứt thai kỳ tại Bệnh viện Đa khoa Bình Dương từ tháng 7/2025 đến tháng 4/2026, chúng tôi rút ra kết luận:

- Đặc điểm lâm sàng và biến chứng của các dạng tiền sản giật: tiền sản giật khởi phát sớm (19,5%) và khởi phát muộn (80,5%); thai non tháng (49,6%) và thai đủ tháng (50,4%); tiền sản giật không dấu hiệu nặng (29,2%) và có dấu hiệu nặng (70,8%); tuổi trung bình của thai phụ là 31,03 ± 8,03, nhóm thai phụ ≥ 35 tuổi chiếm tỷ lệ cao (42,5%).

- Kết cục thai kỳ của những trường hợp tiền sản giật: tỷ lệ mổ lấy thai cao gần gấp đôi so với tỷ lệ sinh ngả âm đạo (65,5% so với 34,5%); tỷ lệ chuyển hồi sức sơ sinh khoảng 20%. Sản giật xuất hiện ở 3 trường hợp (2,7%); nhau bong non, hội chứng HELLP và băng huyết sau sinh xuất hiện 1 trường hợp (0,9%) ở mỗi biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Bộ Y tế. Phân loại tiền sản giật. Trong: Hướng dẫn sàng lọc và điều trị dự phòng tiền sản giật. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2021.

[2] Mai Trọng Hưng, Đỗ Tuấn Đạt, Lê Văn Đạt và cộng sự. Kết quả sản khoa xử trí tiền sản giật tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội năm 2024. Tạp chí Y học Việt Nam, 2025, 554 (3): 376-380. doi: 10.51298/vmj.v554i3.15846

[3] Dương Thị Thúy Nga, Đỗ Tuấn Đạt, Trương Quang Vinh và cộng sự. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng thai phụ mắc tiền sản giật từ 28 tuần tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội. Tạp chí Y học Việt Nam, 2026, 558 (1): 359-363. doi: 10.51298/vmj.v558i1.16999

[4] Phạm Văn Tự, Nguyễn Quốc Tuấn, Phùng Thị Lý. 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, 2021, 19 (1): 30-37. doi: 10.46755/vjog.2021.1.1181

[5] Vũ Đình Nam, Phạm Thị Quỳnh Hoa. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả thai kỳ ở thai phụ tiền sản giật - sản giật tại Bệnh viện A Thái Nguyên. Tạp chí Y học cộng đồng, 2024, 65 (3): 155-162. doi: 10.52163/yhc.v65i3.1071

[6] Nguyễn Thị Huyền Anh, Nguyễn Đình Ký, Trương Thanh Hương. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả sản khoa của sản phụ tiền sản giật tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương. Tạp chí Y học Việt Nam, 2025, 552 (3): 193-197. doi: 10.51298/vmj.v552i3.15113

[7] Nie X, Xu Z, Ren H. Analysis of risk factors of preeclampsia in pregnant women with chronic hypertension and its impact on pregnancy outcomes. BMC Pregnancy Childbirth, 2024, 24 (1): 307. doi: 10.1186/s12884-024-06476-1

[8] Matot R, Narkis B, Geron Y, Hendin N, Houri O, Hazan S.B, Hadar E, Shmueli A. Divergent profiles in early and late postpartum preeclampsia. Pregnancy Hypertens, 2026, 43: 101422. doi: 10.1016/j.preghy.2026.101422.

[9] Nguyễn Thái Giang, Nguyễn Việt Thắng. Đánh giá kết quả thai kỳ của sản phụ đái tháo đường có tiền sản giật tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương. Tạp chí Y học Việt Nam, 2026, 558 (1): 143-147. doi: 10.51298/vmj.v558i1.16943

[10] Wainstock T, Sheiner E. Clinical factors associated with pre-eclampsia recurrence. Pregnancy Hypertension, 2022, 30: 31-35. doi: 10.1016/j.preghy.2022.08.004.