

# TĂNG HUYẾT ÁP THAI KỲ

## I. ĐẠI CƯƠNG

Tăng huyết áp (THA) là biến chứng nội khoa thường gặp nhất ở phụ nữ mang thai, chiếm khoảng 10% tổng số thai kỳ, là 1 trong 3 nguyên nhân quan trọng gây tử vong mẹ trên toàn thế giới.

## II. YẾU TỐ NGUY CƠ

- Con so
- Đa thai
- Tiền căn tiền sản giật
- Tăng huyết áp mạn
- Đái tháo đường trước khi mang thai
- Đái tháo đường thai kỳ
- Bệnh lý huyết khối
- Lupus ban đỏ hệ thống
- BMI trước khi mang thai > 30
- Hội chứng kháng phospholipid
- Mẹ  $\geq 35$  tuổi
- Bệnh lý thận
- Hỗ trợ sinh sản
- Khó thở khi ngủ

## III. PHÂN LOẠI

Gồm 4 nhóm:

### 3.1. Tiền sản giật - Sản giật

Tiêu chuẩn chẩn đoán tiền sản giật (TSG)	
Huyết áp	<ul style="list-style-type: none"><li>- Huyết áp (HA) tâm thu <math>\geq 140</math> mmHg hoặc HA tâm trương <math>\geq 90</math> mmHg trong hai lần đo cách nhau ít nhất 4 giờ, ở thai &gt; 20 tuần trên phụ nữ có huyết áp bình thường trước đó.</li><li>- HA tâm thu <math>\geq 160</math> mmHg hoặc HA tâm trương <math>\geq 110</math> mmHg, THA có thể được xác nhận trong một khoảng thời gian ngắn (15 phút) để tạo điều kiện điều trị hạ áp kịp thời.</li></ul>
Và	
Protein niệu	<ul style="list-style-type: none"><li>- <math>\geq 300</math> mg/24 giờ.</li></ul> hoặc

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tỷ lệ protein/creatinin <math>\geq 0,3</math> (mg/dL mỗi giá trị).</li> <li>- Dipstick 2+ (chỉ được sử dụng nếu phương pháp định lượng khác không có sẵn).</li> </ul>
Hoặc trong trường hợp protein niệu âm tính, THA mới khởi phát kèm theo với bất kỳ dấu hiệu nào mới khởi phát sau đây:	
Giảm tiểu cầu	- $< 100.000/\text{mm}^3$ .
Suy thận	- Nồng độ creatinin/huyết thanh $> 1,1$ mg/dL hoặc tăng gấp đôi nồng độ creatinin huyết thanh trong trường hợp không có bệnh thận khác.
Suy chức năng gan	- Men gan tăng $\geq 2$ lần giá trị bình thường.
Phù phổi	
Triệu chứng não hoặc thị giác	- Nhức đầu mới khởi phát không đáp ứng với điều trị nội khoa, không có nguyên nhân khác, có triệu chứng thị giác.

Tiêu chuẩn chẩn đoán tiền sản giật nặng (bất kỳ dấu hiệu nào):

- THA trầm trọng: HA tâm thu  $\geq 160$  mmHg hoặc HA tâm trương  $\geq 110$  mmHg qua 2 lần đo cách nhau 4 giờ có nghỉ ngơi tại giường (ngoại trừ đã sử dụng thuốc chống THA trước đó).
- Tiểu cầu  $< 100.000/\text{mm}^3$ .
- Suy chức năng gan: men gan tăng gấp đôi bình thường. Đau hạ sườn phải và/hoặc thượng vị kéo dài không đáp ứng với thuốc và không có chẩn đoán thay thế.
- Suy thận tiến triển (nồng độ creatinin huyết thanh  $> 1,1$  mg/dL hoặc tăng gấp đôi nồng độ creatinine huyết thanh trong trường hợp không có bệnh thận khác).
- Phù phổi
- Rối loạn não hoặc thị giác (triệu chứng thần kinh trung ương): rối loạn thị giác (hoa mắt, ám điểm, mù võ não, co thắt mạch máu võng mạc); nhức đầu nhiều, nhức đầu dai dẳng, tăng lên, không đáp ứng thuốc giảm đau; thay đổi tri giác.

Sản giật: đây là biến chứng nặng. Con co giật có thể xảy ra trước sinh, trong khi chuyển dạ, hoặc sau sinh 48-72 giờ.

Sản giật thường xảy ra sau các dấu hiệu kích thích não như đau đầu nhiều và liên tục vùng chẩm hoặc trán, mờ tầm nhìn, sợ ánh sáng và thay đổi trạng thái tinh thần. Tuy nhiên, sản giật có thể xảy ra trong trường hợp không có dấu hiệu cảnh báo nào.

Lưu ý: 20-38% sản phụ không có các dấu hiệu TSG cổ điển (THA hoặc protein niệu) trước khi xảy ra co giật.

Nhức đầu phản ánh tình trạng tăng áp lực tưới máu não, phù não và bệnh não do THA.

#### Hội chứng HELLP

- Gồm 2 loại: hội chứng HELLP điển hình và HELLP không điển hình (có 1 hoặc 2 dấu hiệu của hội chứng HELLP điển hình).

- Lâm sàng: đau vùng thượng vị hoặc hạ sườn phải, nhìn mờ, nhức đầu, vàng da, buồn nôn, nôn.

- Cận lâm sàng: dấu hiệu tán huyết (LDH tăng  $\geq 600$  IU/L), tăng men gan (gấp đôi giá trị bình thường) và giảm tiểu cầu  $< 100.000/\text{mm}^3$ .

- 15-20% hội chứng này không có THA, không có protein niệu.

**3.2. Tăng huyết áp mạn:** HA tâm thu  $\geq 140$  mmHg và/hoặc HA tâm trương  $\geq 90$  mmHg trước khi có thai hoặc trước tuần lễ 20 của thai kỳ và kéo dài sau 12 tuần hậu sản.

**3.3. Tiền sản giật trên nền tăng huyết áp mạn:** người bệnh có THA trước tuần lễ 20 của thai kỳ, protein niệu (+) trước hoặc sau tuần lễ 20 của thai kỳ, cần phải tăng liều thuốc điều trị HA, tăng men gan đột ngột, giảm tiểu cầu, đau 1/4 trên phải vùng bụng, sung huyết phổi hoặc phù phổi, giảm chức năng thận hoặc đột ngột tăng tiểu đạm.

**3.4. Tăng huyết áp trong thai kỳ:** HA tâm thu  $\geq 140$  mmHg và/hoặc HA tâm trương  $\geq 90$  mmHg trong hai lần đo cách nhau ít nhất 4 giờ, ở thai  $> 20$  tuần và sản phụ có HA bình thường trước đó, đạm niệu (-) và không có các triệu chứng nặng khác, HA sẽ trở về bình thường sau sinh.

#### IV. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Bệnh thận mạn tiến triển
- Hội chứng kháng phospholipid
- Gan nhiễm mỡ cấp trong thai kỳ
- Xuất huyết giảm tiểu cầu
- Hội chứng tán huyết do tăng ure máu
- Lupus ban đỏ hệ thống

- Hội chứng Mirror

## **V. TẦM SOÁT VÀ DỰ PHÒNG TRONG TAM CÁ NGUYỆT 1**

### **5.1. Tầm soát**

Tầm soát sớm trong tam cá nguyệt 1: ở tuổi thai từ 11 tuần đến 13 tuần 6 ngày, kết hợp nhiều yếu tố như: đặc điểm thai phụ, các yếu tố nguy cơ về bệnh lý nội khoa, bệnh lý miễn dịch, tiền căn sản khoa, cùng các chỉ số sinh lý, sinh hóa và siêu âm Doppler động mạch tử cung để dự báo nguy cơ bị TSG.

- Các dấu ấn sinh hóa sử dụng trong mô hình này bao gồm: PAPP-A, PlGF.

- Xác định đặc tính của mẹ:
  - + Tuổi mẹ: tính đến ngày sinh.
  - + Chiều cao (cm), cân nặng (kg), BMI.
  - + Chứng tộc: da trắng, da đen, Đông Nam Á, hỗn hợp.
  - + Cách thức thụ thai: thai kỳ tự nhiên, có dùng thuốc kích thích rụng trứng, thụ tinh trong ống nghiệm.
  - + Hút thuốc lá trong thai kỳ.
  - + Mẹ thai phụ có THA.
- Tiền căn nội khoa:
  - + THA mạn.
  - + Đái tháo đường loại 1
  - + Đái tháo đường loại 2
  - + Lupus ban đỏ hệ thống.
  - + Hội chứng kháng phospholipid
- Tiền căn sản khoa: con số (không có lần nào sinh mà tuổi thai > 24 tuần), hoặc con ra (ít nhất một lần sinh ở tuổi thai > 24 tuần).
- Tuổi thai: 11 tuần đến 13 tuần 6 ngày (tính theo chiều dài đầu mông từ 45-84 mm).

Đo các chỉ số

- Đo huyết áp động mạch (HADM) trung bình của sản phụ. Cách đo như sau:
  - + Sản phụ nghỉ ngơi từ 3-5 phút, ngồi đúng tư thế, 2 cánh tay được đặt ngang tim, hai bàn chân chạm đất, tâm lý và tư thế ngồi thoải mái.
  - + Sử dụng máy đo HA tự động, đo cả 2 tay cùng một lúc, với kích cỡ bao quấn tay phù hợp. Đo 2 lần và lấy giá trị trung bình cho mỗi tay và cả 2 tay.

Kích cỡ bao quấn tay dựa vào chu vi cánh tay ở vị trí giữa xương cánh tay (cỡ nhỏ: < 22 cm; cỡ trung bình: 22-32 cm; cỡ lớn: 33-42 cm).

+ Công thức tính HAĐM trung bình

$$HAĐM \text{ trung bình} = \frac{HA \text{ tâm thu} + 2 \times HA \text{ tâm trương}}{3}$$



+ Siêu âm đo chỉ số xung (Pulsative Index) động mạch tử cung 2 bên.

- Đo các dấu ấn sinh hóa: ghi nhận PAPP-A, PlGF cùng ngày thực hiện với siêu âm độ mờ da gáy và làm xét nghiệm sàng lọc kết hợp (combined test).

- Tính nguy cơ TSG: dùng thuật toán tính nguy cơ TSG của FMF (The Fetal Medicine Foundation).

- Xác định nguy cơ cao TSG: khi nguy cơ tính toán theo thuật toán của FMF được xác định > 1/100.

### 5.2. Dự phòng

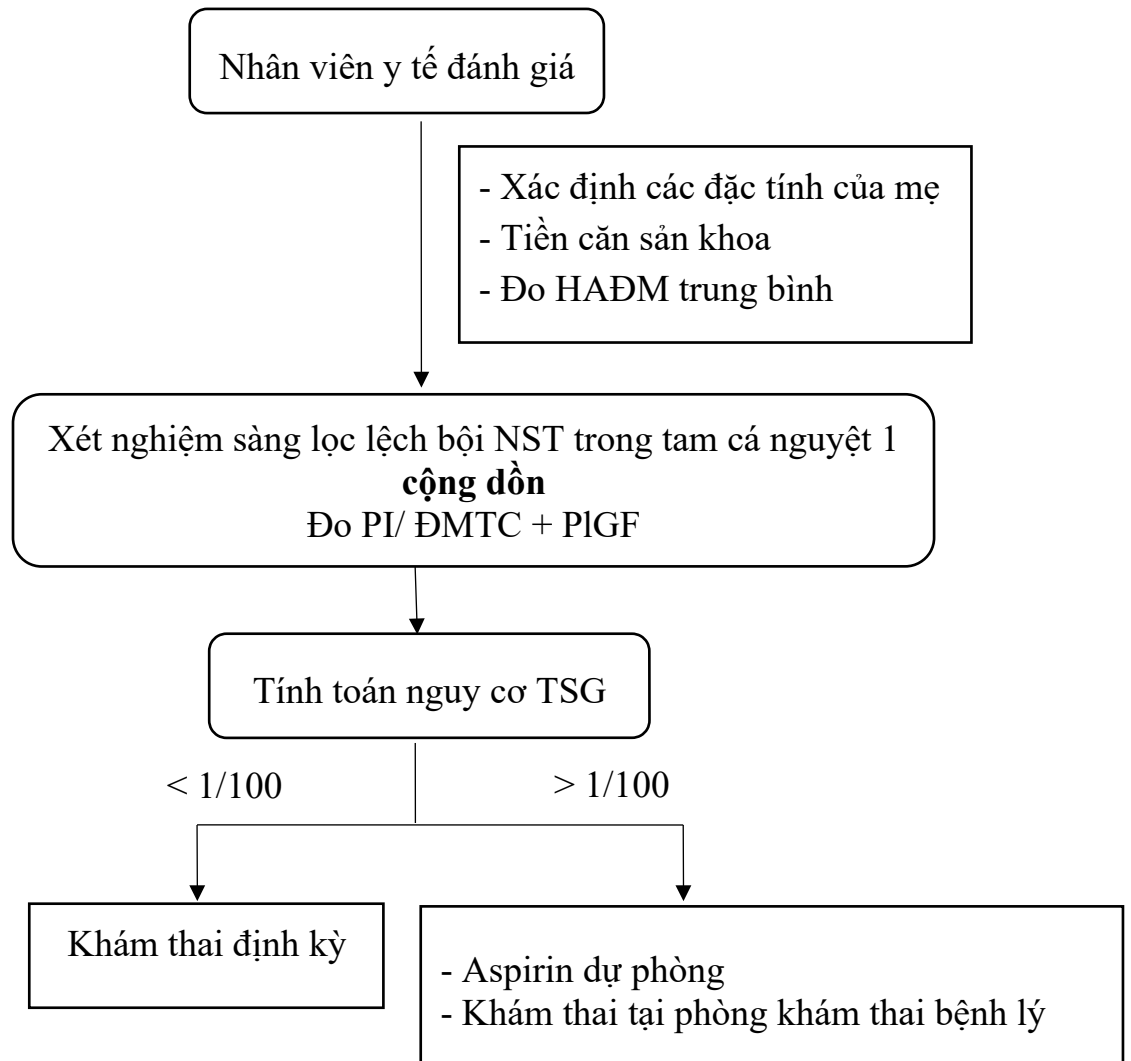
- Aspirin 81-162 mg, từ 1-2 viên (hàm lượng 81 mg)/ngày hoặc 1,5 gói hàm lượng 100 mg (uống một lần trước khi đi ngủ, sau ăn 15-30 phút).

- Bắt đầu điều trị: ngay sau khi tính nguy cơ TSG theo phần mềm FMF > 1/100.

- Thời điểm ngưng sử dụng Aspirin: thai 36 tuần.

- Lưu ý về sự tuân thủ thuốc của người bệnh.

### Lưu đồ tầm soát và dự phòng TSG trong 3 tháng đầu



### 5.3. Vấn đề sử dụng Aspirin dựa vào lâm sàng

Thời điểm sử dụng: Aspirin 81mg/ngày bắt đầu khi thai 12 -28 tuần (tốt nhất trước 16 tuần) đến khi thai 36 tuần.

Nguy cơ	Yếu tố nguy cơ	Khuyến cáo
<b>Cao</b> Tỷ lệ mắc TSG khoảng $\geq 8\%$ ở sản phụ có $\geq 1$ yếu tố nguy cơ này.	Tiền căn TSG, cần lưu ý nếu có kết cục thai kỳ xấu Đa thai THA mạn Đái tháo đường loại 1 hoặc 2 Bệnh lý thận Bệnh tự miễn (lupus ban đỏ hệ thống, hội chứng kháng phospholipid...)	Sử dụng Aspirin liều thấp nếu sản phụ có 1 trong các yếu tố nguy cơ cao

<b>Trung bình</b>	Con số Béo phì (BMI > 30) Tiền căn gia đình bị TSG (mẹ hoặc chị, em gái ruột) Đặc điểm xã hội (chủng tộc Phi-Mỹ, điều kiện kinh tế xã hội thấp) Mẹ $\geq$ 35 tuổi Tiền căn cá nhân (tiền căn sinh con nhỏ, kết cục thai kỳ xấu, khoảng cách mang thai > 10 năm)	Cân nhắc sử dụng Aspirin liều thấp nếu sản phụ có > 1 yếu tố nguy cơ trung bình
<b>Thấp</b>	Tiền căn sinh con đủ tháng không biến chứng	Không khuyến cáo sử dụng Aspirin liều thấp

## VI. XỬ TRÍ

Theo dõi sát HA đến 72 giờ sau sinh cho tất cả trường hợp THA trong thai kỳ và theo dõi HA 7-10 ngày sau sinh tại địa phương.

### 6.1. TSG không dấu hiệu nặng

- Có thể theo dõi, điều trị ngoại trú.
- Nhập viện, chấm dứt thai kỳ khi:
  - + Thai  $\geq$  37 tuần, hoặc
  - + Nghi ngờ nhau bong non, hoặc
  - + Thai  $\geq$  34 tuần và có bất kỳ triệu chứng sau:
    - Chuyển dạ hoặc vỡ ối.
    - Siêu âm ước lượng trọng lượng thai nhỏ hơn bách phân vị thứ 5.
    - Thiếu ối AFI < 5 cm ở 2 lần siêu âm liên tiếp cách nhau 24 giờ.
- Nếu chưa có chỉ định chấm dứt thai kỳ, có thể theo dõi ngoại trú hoặc nội trú:
  - + Thai:
    - Đếm cử động thai.
    - Siêu âm Doppler: đánh giá tăng trưởng thai và lượng ối 1 lần/tuần.
    - Non-stress test (NST): 1 lần/tuần nếu mẹ bị THA thai kỳ, 2 lần/tuần nếu mẹ bị TSG.

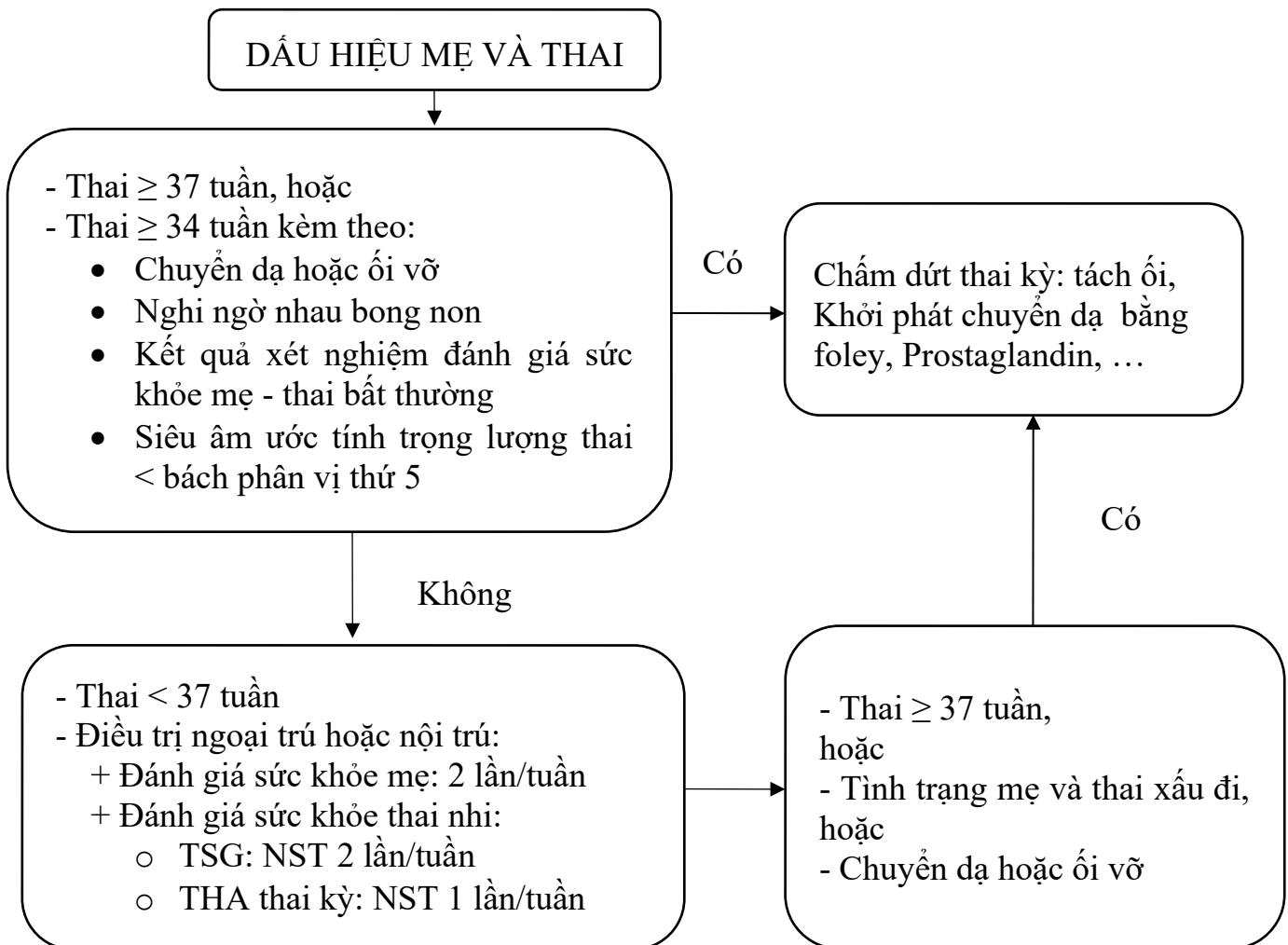
+ Mẹ:

- Theo dõi HA 2 lần/tuần.
- Xét nghiệm (công thức máu, creatinine huyết thanh, LDH, AST, ALT) 1-2 lần/tuần. Nếu THA thai kỳ: cần xét nghiệm thêm đạm niệu.

+ Chế độ ăn hợp lý (nhiều đạm, rau xanh, trái cây).

+ Tư vấn các dấu hiệu nặng: nhức đầu nhiều, nhìn mờ, đau thượng vị...

Lưu đồ hướng xử trí THA trong thai kỳ, TSG không dấu hiệu nặng



## 6.2. Tiền sản giật nặng

- Châm dứt thai kỳ khi TSG nặng xuất hiện sớm trước 25 tuần hoặc bất cứ tuổi thai nào khi có:

- + Phù phổi
- + Suy thận
- + Nhau bong non



- + Giảm tiểu cầu nặng
- + Đông máu nội mạch lan tỏa
- + Các triệu chứng não dai dẳng
- + NST không đáp ứng (2 lần liên tiếp cách 4-6 giờ ở tuổi thai 28-32 tuần).

- + Siêu âm Doppler động mạch rốn: mất hoặc đảo ngược sóng tâm trương.

- + Thai lưu.

- Điều trị mong đợi: thai < 34 tuần với tình trạng mẹ và thai ổn định, tiếp tục theo dõi thai được tiến hành tại các cơ sở có nguồn lực chăm sóc đặc biệt cho mẹ và trẻ sơ sinh đầy đủ.

- Liệu pháp Corticosteroid trước sinh khi thai  $\leq$  34 tuần. Tuy nhiên không chờ đợi đủ thời gian trưởng thành phổi mà phải chấm dứt thai kỳ ngay khi có bất kỳ dấu hiệu sau:

- + THA không kiểm soát được
- + Sản giật
- + Phù phổi
- + Nhau bong non
- + Đông máu nội mạch lan tỏa (DIC)
- + NST không đáp ứng
- + Thai lưu.
- + Hội chứng HELLP

- Nếu tình trạng mẹ - thai ổn định, trong vòng 48 giờ sẽ chấm dứt thai kỳ khi có bất kỳ dấu hiệu sau:

- + Vỡ ối
- + Chuyển dạ
- + Tiểu cầu <  $100.000/\text{mm}^3$
- + Men gan tăng kéo dài ( $\geq$  2 lần giá trị bình thường)
- + Thai chậm tăng trưởng trong tử cung (ước lượng cân nặng nhỏ hơn bách phân vị thứ 5)
- + Thiếu ối (AFI < 5 cm) (siêu âm 2 lần cách nhau 24 giờ)
- + Bắt đầu suy thận hoặc nặng thêm tình trạng suy thận

- Đánh giá chuyên dạ sinh trong 24-48 giờ
- Corticosteroids ngừa co giật, thuốc chống THA
- Siêu âm, biểu đồ tim thai, lâm sàng và các xét nghiệm

### Chống chỉ định tiếp tục điều trị mong đợi

- Sản giật
- Phù phổi
- DIC
- THA không đáp ứng điều trị nội
- Hội chứng HELLP
- Thai chết trong chuyển dạ
- Thai lưu
- Bất thường biểu đồ tim thai
- Nhau bong non

Chấm dứt thai kỳ  
khi tình mẹ ổn định

### Có thêm những biến chứng của điều trị mong đợi không?

- Tuổi thai  $\geq$  33 tuần 6 ngày
- Các triệu chứng của TSG tồn tại
- Thai chậm tăng trưởng trong tử cung (< bách phân vị thứ 5)
- Thiếu ối nặng
- Đảo ngược sóng tâm trương động mạch rốn
- Chuyển dạ hoặc vỡ ối
- Rối loạn chức năng thận
- Hội chứng HELLP không điển hình

Corticosteroids để  
trưởng thành phổi  
thai nhi thường quy  
cho thai 28-34 tuần.  
Thai 26-28 tuần: cân  
nhắc tùy trường hợp  
Chấm dứt thai kỳ sau  
48 giờ

### Điều trị mong đợi

- Theo dõi và điều trị tại cơ sở y tế đủ nguồn lực
- Tuổi thai có thể sống được cho tới 33 tuần 6 ngày
- Điều trị nội trú và ngưng sử dụng Magnesium sulfate khi đủ điều kiện, đánh giá sức khỏe mẹ - thai mỗi ngày (theo dõi sinh hiệu, các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng)
- Dùng thuốc chống THA đường uống
- Trong theo dõi ngoại trú:  
Khi đã được tư vấn và đồng thuận của sản phụ và gia đình  
Khi đủ điều kiện (tình trạng mẹ và thai ổn định)  
Theo dõi HA mỗi ngày, tái khám mỗi 3 ngày, nhập viện ngay khi có dấu hiệu TSG nặng

Chấm dứt thai kỳ

- Tuổi thai đủ 34 tuần
- Xuất hiện những chống chỉ định của điều trị mong đợi
- Các khảo sát sức khỏe mẹ và thai bất thường
- Chuyển dạ hoặc vỡ ối

Một số lưu ý:

- Quyết định chấm dứt thai kỳ không dựa vào yếu tố đạm niệu.
- Chỉ định dùng thuốc chống THA khi HA tâm thu  $\geq 150$  mmHg hoặc HA tâm trương  $\geq 100$  mmHg.

- Theo dõi

+ Mẹ:

- Sinh hiệu mỗi giờ/lần.
- Bilan dịch vào và ra mỗi 8 giờ/lần.
- Dấu hiệu chuyển dạ.
- Xét nghiệm bilan TSG mỗi 1-2 ngày hoặc sớm hơn tùy tình trạng diễn tiến nặng của TSG.

+ Thai:

- Đếm cử động thai mỗi ngày, NST mỗi 3 ngày.
- Theo dõi biểu đồ cân nặng thai và doppler động mạch rốn mỗi tuần.
- Phương pháp chấm dứt thai kỳ: tùy tuổi thai, ngôi thai, cổ tử cung, tình trạng mẹ - thai.

### 6.3. Các trường hợp không điều trị mong đợi

<b>Mẹ</b>	THA nặng không kiểm soát được (HA tâm thu không đạt mục tiêu điều trị kéo dài, không đáp ứng với thuốc chống THA) Đau đầu dai dẳng, không đáp ứng với thuốc giảm đau Đau thượng vị hoặc hạ sườn (P) không đáp ứng với thuốc giảm đau Rối loạn thị giác, suy giảm vận động hoặc thay đổi cảm giác Đột quy Nhồi máu cơ tim Hội chứng HELLP Giảm chức năng thận mới khởi phát hoặc trầm trọng hơn (nồng độ creatinine/huyết thanh $> 1,1$ mg/dL hoặc tăng gấp đôi nồng độ creatinine huyết thanh) Phù phổi Sản giật Nghỉ nhau bong non hoặc ra huyết âm đạo nhiều ở những trường hợp không có nhau tiền đạo
<b>Thai</b>	Đánh giá sức khỏe thai bất thường

	Thai lưu Thai không có khả năng sống tại thời điểm mẹ được chẩn đoán TSG (dị tật bẩm sinh, thai cực non...) Đảo ngược sóng tâm trương động mạch rốn kéo dài
--	---

Lưu ý: trong một số trường hợp, cân nhắc sử dụng Corticosteroids trước sinh tùy thuộc vào tuổi thai và tình trạng mẹ.

#### 6.4. Ứng dụng tỉ số sFlt-1/PlGF trong TSG

- Tỉ số sFlt-1/PlGF có giá trị tham khảo trong phối hợp với các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của TSG để:

+ Tiên lượng khả năng dưỡng thai trong các trường hợp TSG nặng điều trị mong đợi.

+ Tiên lượng khả năng chuyển theo dõi và điều trị ngoại trú.

- Đánh giá kết quả tỉ số sFlt-1/PlGF

+ sFlt-1/PlGF < 38: khả năng không bị TSG trong vòng 1-4 tuần

+  $38 \leq \text{sFlt-1/PlGF} < 85$  với thai < 34 tuần,  $38 \leq \text{sFlt-1/PlGF} < 110$  với thai  $\geq 34$  tuần: dự đoán TSG trong 4 tuần tới, có thể lặp lại xét nghiệm sau 2 tuần.

+  $85 \leq \text{sFlt-1/PlGF} \leq 655$  với thai < 34 tuần,  $110 \leq \text{sFlt-1/PlGF} \leq 201$  với thai  $\geq 34$  tuần: để tiên lượng diễn tiến bệnh có thể lặp lại xét nghiệm mỗi 2-4 ngày, nếu tỉ số ổn định thì có thể lặp lại sau 1 tuần. Quyết định điều trị dựa vào các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng khác.

+ sFlt-1/PlGF > 655 với thai < 34 tuần, sFlt-1/PlGF > 201 với thai  $\geq 34$  tuần: tiên lượng khả năng xảy ra kết cục xấu cho mẹ và bé, cần theo dõi dựa vào các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng khác.

#### 6.5. Sản giật

- Nguyên tắc điều trị:

+ Phòng ngừa thiếu oxy và chấn thương (té ngã, cắn lưỡi...) cho sản phụ.

+ Điều trị THA hoặc TSG nặng (nếu có).

+ Phòng ngừa co giật tái phát.

+ Cân nhắc các phương pháp chấm dứt thai kỳ.

- Đặt sản phụ nằm đầu nghiêng, thở Oxy 6-8 L/phút.

- Magnesium sulfate: liều tấn công 4,5 g (liều 4-6 g) tiêm tĩnh mạch chậm, sau đó duy trì truyền tĩnh mạch 1 g/giờ (liều 1-2 g/giờ) ít nhất đến 24 giờ sau sinh.

- Nếu co giật tái phát: lặp lại liều 2-4 g Magnesium sulfate tiêm tĩnh mạch chậm > 5 phút. Nếu không đáp ứng với Magnesium sulfate (vẫn co giật sau 20 phút tiêm liều tải Magnesium sulfate, sản giật tái phát  $\geq 2$  lần), có thể sử dụng Midazolam 1-2 mg (TMC) hoặc Lorazepam 4 mg (TMC) trong 2-5 phút, đặt nội khí quản và hỗ trợ thông khí.

- Trong các trường hợp co giật không đáp ứng với Magnesium sulfate, cân nhắc chụp CTScan hoặc MRI não vì đa số các trường hợp này sẽ có bất thường hình ảnh não.

- Chấm dứt thai kỳ khi tình trạng nội khoa ổn định, không chờ đợi đủ thời gian tác dụng của liệu pháp Corticosteroid trước sinh.

- Nhịp tim thai chậm kéo dài 3-5 phút thường xảy trong và sau cơn giật, nếu tim thai chậm kéo dài > 5 phút cần mổ lấy thai cấp cứu.

- Sản giật không phải là chỉ định mổ lấy thai tuyệt đối, phương thức chấm dứt thai kỳ sau cơn sản giật phụ thuộc vào tuổi thai, kiểu thể, tình trạng cổ tử cung, chỉ số Bishop...

#### **6.6. Hội chứng HELLP**

Chấm dứt thai kỳ ngay khi có chẩn đoán xác định là hội chứng HELLP, không chờ đợi đủ thời gian tác dụng của liệu pháp Corticosteroid trước sinh

### **VII. THUỐC ĐIỀU TRỊ**

#### **7.1. Magnesium sulfate:**

a) Chỉ định: Dự phòng và chống co giật trong TSG nặng, hội chứng HELLP, sản giật.

b) Cách dùng: truyền tĩnh mạch (TM) liên tục, tiêm tĩnh mạch hoặc tiêm bắp (ít sử dụng).

c) Liều dùng:

- Liều tấn công: 4,5 g (liều 4-6 g) Magnesium sulfate 15%/50 mL dung dịch tiêm tĩnh mạch chậm từ 15-20 phút (tùy thuộc cân nặng của thai phụ, tiền căn sử dụng Magnesium sulfate).

- Duy trì 1 g/giờ (liều 1-2 g/giờ) truyền TM.

+ Pha 6 g Magnesium sulfate 15% vào chai Glucose 5% 500 mL truyền TM XXX giọt/phút hoặc

+ Bơm tiêm điện: pha 6 g Magnesium sulfate 15% bơm tiêm điện 6,7 mL/giờ.

c) Các lưu ý:

- Theo dõi các dấu hiệu: phản xạ gân xương (có), nhịp thở (> 16 lần/phút), lượng nước tiểu (> 100 mL/4 giờ).

- Đo nồng độ Magnesium huyết thanh khi cần thiết và điều chỉnh liều duy trì để giữ được nồng độ Magnesium 4-7 mEq/L (5-9 mg/dL; 2-3,5 mmol/L).

- Người bệnh suy thận mức độ trung bình (creatinine huyết thanh 1-1,5 mg/dL) hoặc thiểu niệu (< 30 mL nước tiểu/giờ trong 4 giờ): sau khi dùng liều tải 4-6 g Magnesium sulfate 15%, cần duy trì ở liều thấp 1 g/giờ.

- Người bệnh suy thận cần được định lượng Magnesium huyết thanh mỗi 4 giờ, nếu nồng độ Magnesium huyết thanh > 9,6 mg/dL (8 mEq/L), cần ngừng truyền Magnesium sulfate và định lượng nồng độ Magnesium huyết thanh mỗi 2 giờ, tái sử dụng Magnesium sulfate khi nồng độ Magnesium huyết thanh < 8,4 mg/dL (7 mEq/L).

- Khi có chỉ định, Magnesium sulfate cần được dùng trước, trong và duy trì tối thiểu 24 giờ sau sinh/sau mổ, nếu người bệnh có chỉ định mổ lấy thai, cần duy trì Magnesium sulfate trong lúc mổ.

- Nguy cơ: băng huyết sau sinh, giảm dao động nội tại tim thai.

d) Ngộ độc Magnesium sulfate: liên quan nồng độ Magnesium/huyết thanh.

---

### **Nồng độ Magnesium/huyết thanh**

---

<b>mmol/L</b>	<b>mEq/L</b>	<b>mg/dL</b>	<b>Tác dụng</b>
2-3,5	4-7	5-9	Ngưỡng điều trị
> 3,5	> 7	> 9	Mất phản xạ gân xương
> 5	> 10	> 12	Liệt cơ hô hấp
> 12,5	> 25	> 30	Ngưng tim

---

Xử trí ngộ độc Magnesium sulfate:

- Ngừng Magnesium sulfate.

- Thuốc đối kháng: Calcium gluconate 10% 10mL, tiêm TM 1g trong 10 phút.

- Cân nhắc sử dụng Furosemid 80mg 01 ống (TMC) để tăng đào thải Magnesium sulfate.

- Đặt nội khí quản và thông khí để cứu sống người bệnh nếu có suy hô

hấp, ngừng thở.

## 7.2. Thuốc chống THA

- Chỉ định:
  - + Khi HA tâm thu  $\geq 150$  mmHg hoặc
  - + HA tâm trương  $\geq 100$  mmHg.
- HA đạt sau điều trị:
  - + HA trung bình sau 2 giờ không giảm quá 25% so với HA ban đầu.
  - + HA tâm thu ở mức 130-150 mmHg.
  - + HA tâm trương ở mức 80-100 mmHg.
- Chống chỉ định trong thai kỳ:
  - + Nitroprusside.
  - + Thuốc ức chế men chuyển.
- Các loại thuốc hạ HA dùng trong thai kỳ
  - + Labetalol.
  - + Hydralazine.
  - + Ức chế Calcium như Nifedipine, Nicardipine.
  - + Methyldopa
- Tóm tắt các loại thuốc chống THA sử dụng khẩn khi THA:

Loại thuốc	Liều dùng	Ghi chú	Khởi phát tác dụng
<b>Labetalol</b>	10-20 mg (TMC), sau đó 20-80 mg mỗi 10-30 phút đến khi đạt tổng liều 300 mg; hoặc truyền TM 1-2 mg/phút	Ít gây mạch nhanh và ít tác dụng phụ. Chống chỉ định: hen phế quản, bệnh lý cơ tim, suy tim mất bù, block, nhịp tim chậm	1-2 phút
<b>Hydralazine</b>	5 mg (TMC/TB), sau đó 5-10 mg (TMC) mỗi 20-40 phút đến khi đạt tổng liều 20 mg; hoặc truyền TM 0,5-10 mg/giờ	Gây hạ huyết áp mẹ, đau đầu, bất thường nhịp tim thai.	10-20 phút
<b>Nifedipine (loại</b>	10-20 mg (uống), lặp lại	Nhịp tim nhanh và	5-10 phút

<b>tác dụng nhanh)</b>	sau 20 phút nếu cần; sau đó 10-20 mg mỗi 2-6 giờ, liều tối đa 180 mg/ngày	nhức đầu	
<b>Nicardipine</b>	+ Ống 10mg/10mL pha với 40mL Glucose 5% + Khởi đầu: 0,5-1 mg (2,5-5 mL) tiêm tĩnh mạch chậm. + Duy trì bơm tiêm điện 1-3 mg/giờ (5-15 mL/giờ). Nếu không đáp ứng sau 15 phút tăng 0,5 mg/giờ tối đa 15 mg/giờ.		

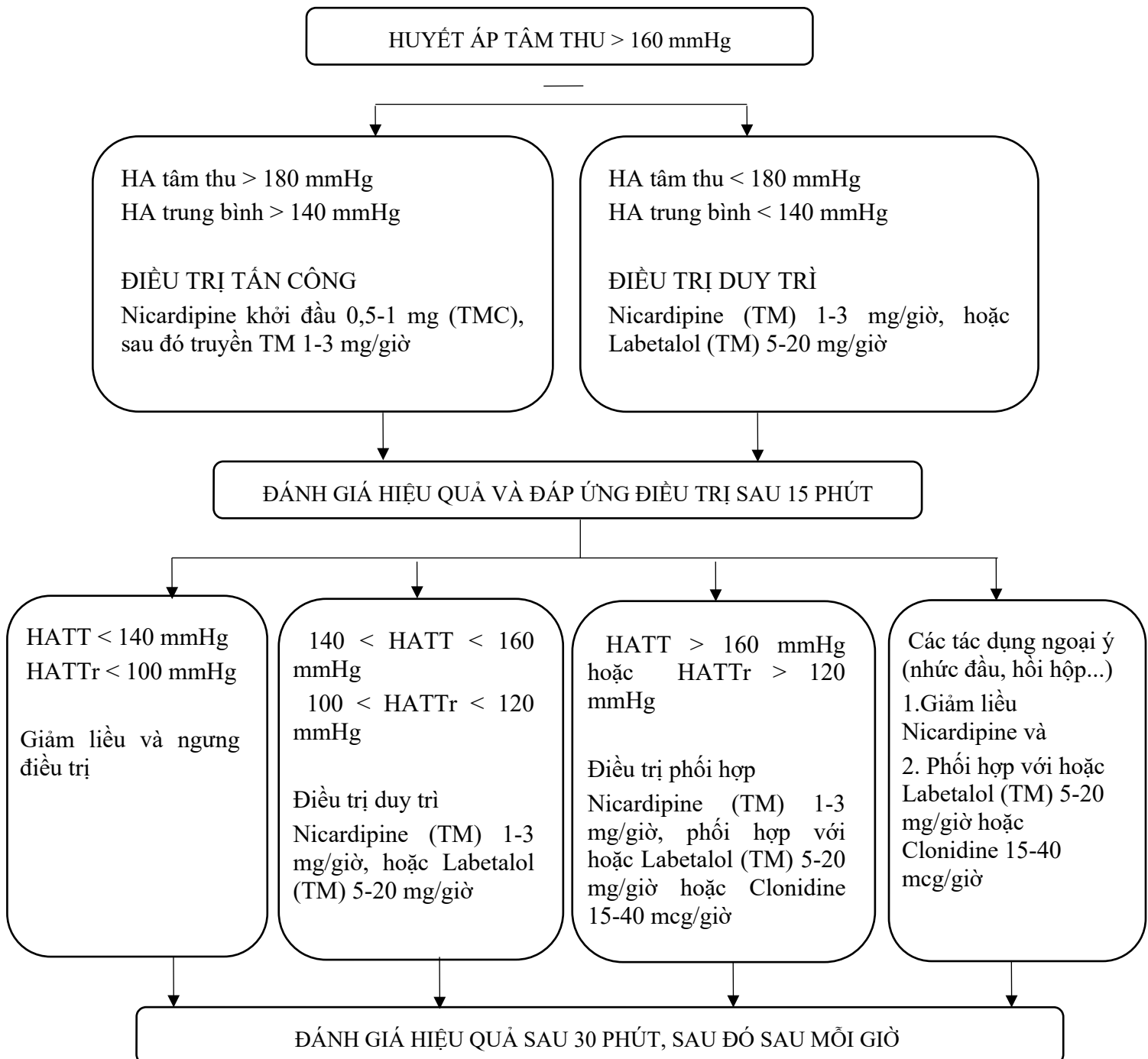
- Tóm tắt các loại thuốc chống THA đường uống

<b>Loại thuốc</b>	<b>Liều dùng</b>	<b>Ghi chú</b>
<b>Labetalol</b>	200-2400 mg chia 2-3 lần/ngày. Thường khởi đầu với liều 100-200 mg x 2 lần/ngày	Gây co thắt khí phế quản Chống chỉ định: hen phế quản, bệnh lý cơ tim, suy tim mất bù, block, nhịp tim chậm
<b>Nifedipine (loại tác dụng kéo dài)</b>	30-120 mg/ ngày. Thường khởi đầu với liều 30-60 mg x 1 lần/ngày	Không dùng ngậm dưới lưỡi Tránh dùng trong các trường hợp có nhịp tim nhanh
<b>Methyldopa</b>	500-3000 mg chia 2-4 lần/ngày. Thường khởi đầu với liều 250 mg x 2-3 lần/ngày	Không hiệu quả khi cần hạ áp cấp cứu. Tác dụng phụ: an thần, chóng mặt, trầm cảm.
<b>Hydrochlorothiazide</b>	12,5-50 mg/ngày	Là lựa chọn thứ 2, 3

- Thuốc lợi tiểu



Dùng khi có triệu chứng dọa phù phổi cấp và phù phổi cấp.  
Furosemide 1 ống 20 mg x 8 ống, tiêm tĩnh mạch chậm.  
Không dùng dung dịch ưu trương



### **VIII. TIÊN LƯỢNG LÂU DÀI**

- Theo dõi HA 12 tuần sau sinh, tư vấn nguy cơ TSG cho các lần có thai sau, cảnh báo nguy cơ bệnh tim mạch trong tương lai.

- THA tồn tại càng lâu sau sinh, nguy cơ THA mạn càng cao.

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bài giảng Sản Phụ khoa (2007) tập 1. Nhà xuất bản Y học TP. HCM, trang 462-479.

2. ACOG practice bulletin (2019), Gestational Hypertension and Preeclampsia, number 202, Vol 133, No 1.

3. ACOG practice bulletin (2019), Chronic Hypertension im pregnancy, number 203, Vol 133, No 1.

4. ACOG practice bulletin (2019), Emergent therapy for acute-onset, severe hypertension during pregnancy and the postpartum peroid, number 767, Vol 133, No 1.

5. Preeclampsia: Clinical features and diagnosis, Up to date 21.2 Hypertension in pregnancy. The Americal College of Obstetricians and Gynecologists, 2013

6. Hypertension in pregnancy: the management of hypertensive disorders during pregnancy. NICE Clinical Guideline. file://www.guideline.gov/content.aspx?id=24122 (Accessed on January 11, 2012).

7. Meher S; Abalos E; Carroli G; Meher S: Bed rest with or without hospitalisation for hypertension during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev 2005;(4):CD003514.