

NICARDIPIN TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN TIỀN SẢN GIẬT

BSCKII NGUYỄN THỊ HỒNG VÂN
BV TƯ ĐỨC

Cao HA & Thai kỳ

- 6-8% tất cả các trường hợp mang thai

Tiền sản giật : ~ 3-5%

Sản giật : < 1/2000

Nguyên nhân dẫn đầu thứ 3 của tử vong mẹ

- Hoa Kỳ 2005
- Anh 2003-05

Am J Obstet Gynecol 2000;183:S1-22

MacKay AP et al. Paediatr Perinat Epidem. 2005; 19: 206-14

Confidential Enquiries into Maternal Death 2003-5; UK

3

Tiền sản giật : Các định nghĩa

Cao HA • Sau 20 tuần tuổi thai
• 2 lần, cách 4-6 giờ

Nhẹ :

HA tâm thu ≥ 140

HA tâm trương ≥ 90

Nặng :

HA tâm thu ≥ 160

HA tâm trương ≥ 110

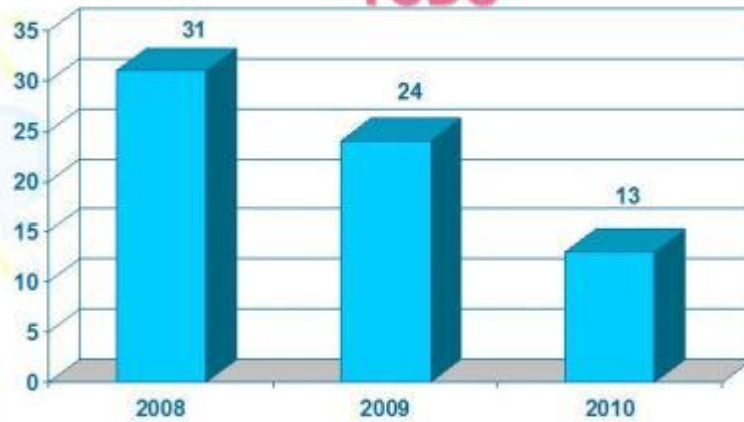
2

Tử vong do tiền sản giật

18% tử vong mẹ ở Hoa Kỳ được cho là do cao HA liên quan đến thai kỳ

4

Tử vong mẹ tại BV TUDU



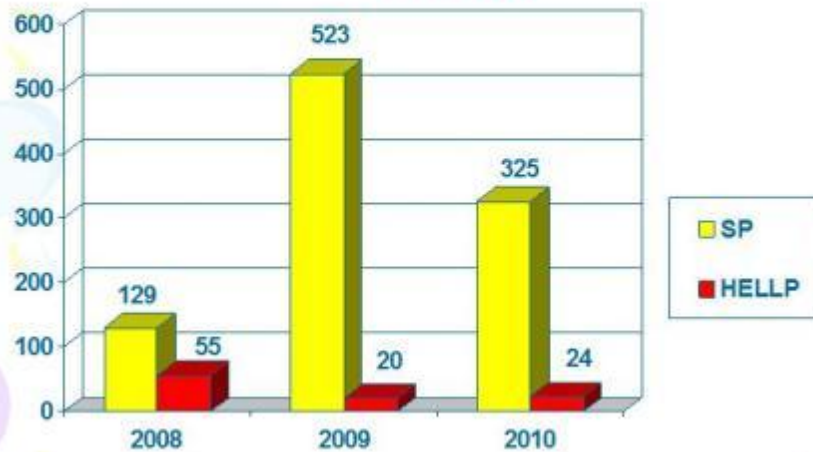
5

Nguyên nhân

cause	2008	2009	2010
RLDM+SĐCQ	4	5	3
Sản giật	5	3	1
Thuyên tắc ôi	2	2	2
Băng huyết sau sanh	1	4	3
Bệnh lý tim mạch	4	2	1
Nhiễm trùng huyết	4	0	1
K BT di căn	4	2	0
Chorio di căn	1	2	1
Thuyên tắc phổi	1	0	1
Xuất huyết nội	2	0	0
Viêm gan cấp	2	2	0
OAP	1	2	0

6

TIỀN SẢN GIẬT NẶNG VÀ HELLP



7

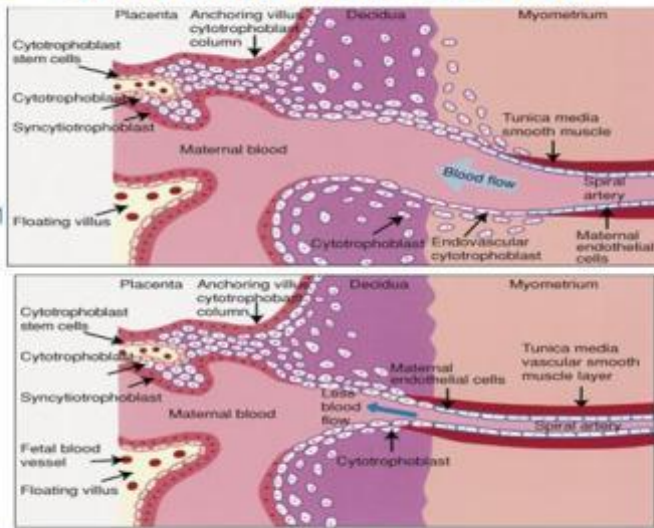
Sinh lý bệnh học

Thuyết mạch máu **So với** Thuyết tự miễn



Sibai B et al. Lancet 2005; 365: 785-99

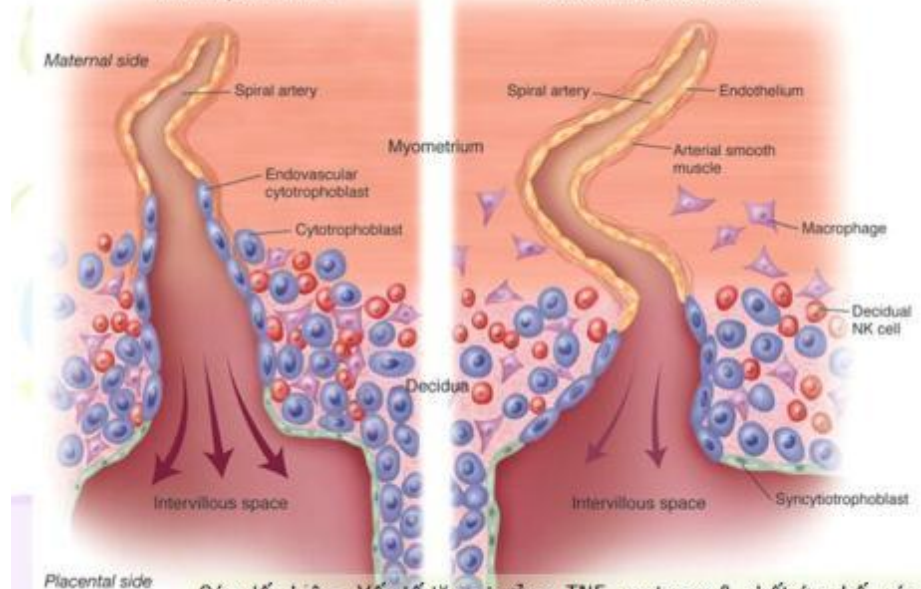
NHAU BẨM BÌNH THƯỜNG



NHAU BẨM BẤT THƯỜNG

Normal placentation

Abnormal placentation



Các dấu hiệu : Yếu tố tăng trưởng, TNF, protease & chất ức chế, các yếu tố tạo mạch máu : VEGF, PlGF

giai đoạn 1

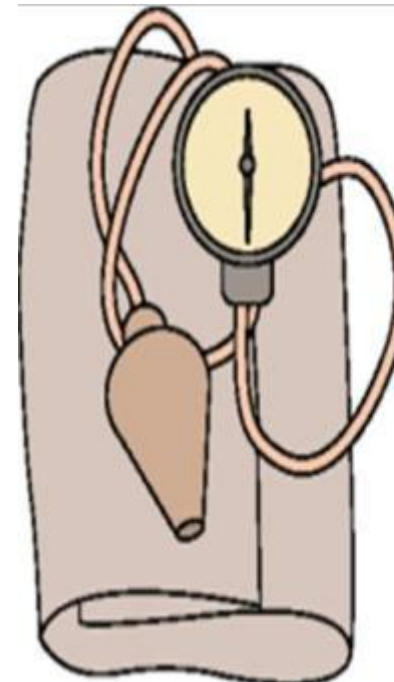
Giai đoạn 2 : Mất chức năng nội mạch

- ↓ Tổng hợp NO
- ↑ endothelin
- ↑ thromboxane; ↓ prostacyclin

Mất cân bằng : Các tác nhân prooxidant & antioxidant

Điều trị tiền sản giật

- 1) Quyết định thời điểm sinh
- 2) Điều trị cao HA
- 3) Phòng co giật
- 4) Duy trì thể tích
- 5) Giảm đau chuyển dạ



KHI NÀO SINH



Điều trị sản khoa

Đánh giá mẹ và con

1. Tuổi thai ≥ 38 tuần
2. Tuổi thai ≥ 34 tuần +
Tổn thương tình trạng mẹ và con

CÓ

KHÔNG

Sinh

Nếu 33-34 tuần :

Steroids + sinh > 48 giờ

Nếu 22 -32 tuần :

- Steroids
- Thuốc hạ HA
- Đánh giá mẹ-con
- Sinh lúc 34 tuần

Sibai B et al. Lancet 2005; 365: 785-99

14

Chỉ định chấm dứt thai kỳ do bệnh lý mẹ

- Không đáp ứng điều trị cao HA
- Phù phổi cấp
- Thiểu niệu, suy thận
- Hội chứng phù – báng bụng với giảm thể tích không thể kiểm soát
- Triệu chứng thần kinh trung ương
- Hủy tế bào
- Giảm tiểu cầu $< 50\,000 / \text{mm}^3$
- Đông máu nội mạch rải rác

15



16

TÊ TS VÀ TÊ NMC

- Hood và Curry : 138 gây tê TS và tê NMC SP có TSG nặng: không khác nhau về HA trung bình và không có hạ HA nhiều sau tê TS
(Anesthesiology 1999;90:1276-82)
- Aya và cs : so sánh tê TS giữa hai nhóm SP khỏe mạnh và TSG nặng :tai biến hạ HA cần dùng ephedrin thấp ở nhóm TSG
(Anesth Analg 2003;97:867-72)
- Santos AC : Hạ HA nhiều hơn ở nhóm tê TS tuy nhiên kéo dài <1 phút và dùng ephedrin nhiều hơn, không ảnh hưởng bé giữa hai nhóm
(Anesth Analg 2005;101:859-61)

17

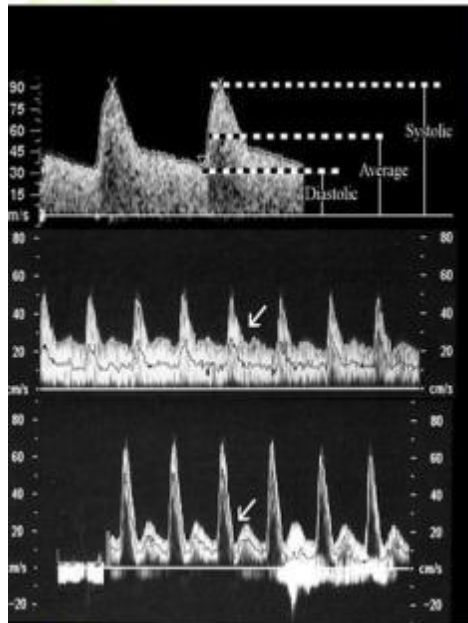
Điều trị tiền sản giật bằng giảm đau NMC kéo dài :
Thử nghiệm ban đầu *Malvasi, J Obstet Gynaecol 2009*

- N=15 phụ nữ tiền sản giật (35-37 tuần)
Điều trị NMC kéo dài (T6-T7)
(ropivacaine 0.15%, sufentanil, clonidine)
Truyền 5ml/giờ trong 4 ngày từ lúc nhập viện đến lúc sinh

Gây tê NMC với Ropivacaine giảm kháng lực ĐM tử cung và có thể không sinh can thiệp ở bệnh nhân tiền sản giật : Nghiên cứu kiểm soát, liều thay đổi và ngẫu nhiên.

Ginosar, BJA 2009

18



Giảm đau NMC giảm kháng lực ĐM tử cung và không sinh can thiệp ở tiền sản giật < 32 tuần

Siêu âm Doppler ĐMTC cho thấy lưu lượng bình thường

Giảm lưu lượng, khắt nhỏ

Giảm lưu lượng nghiêm trọng với khắt cao

19

Điều trị cao HA

Mục tiêu : Bảo vệ mẹ khỏi các biến chứng :xuất huyết não
Không ảnh hưởng đến thai nhi

Ngưỡng : HAĐM trung bình > 125; HA TTg > 105

Nhắm vào :HAĐM trung bình ≤ 105 - 115; HATTg ≤ 90-100
(Khuyến cáo ACOG 2002)

- Labetalol, Methyldopa, Nicardipine ,Nifedipine, Hydralazine

20

HA tâm trương là chỉ số hữu ích cho tiền sản giật nặng.

Cao HA tâm thu kéo dài gây ra xuất huyết nội sọ.

Mark Rosen Hội nghị GMHS 2010

Chẩn đoán phân biệt giữa TSG nặng và TG nhẹ đôi khi không kịp thời do TSG nhẹ phát triển quá nhanh

GS. BS. Nguyễn Thị Ngọc Phượng

21

Điều trị cao HA Kiểm soát cao HA thai kỳ

Thuốc uống

Labetalol	100-400 mg; 2-3 lần/ngày
Methyldopa	250-500 mg; 2-4 lần/ngày
Nifedipine	10 - 20 mg; 2-3 lần/ngày

Thuốc tiêm TM (Cấp cứu cao HA*)

Labetalol	10-20 mg
Hydralazine	10-20 mg
Nitroglycerin	2-4 mcg/phút (bolus 100 mcg)
Nitroprusside	2-4 mcg/phút

* Cao HA nghiêm trọng với phù phổi, rối loạn thị giác, đau đầu hay sản giật

22

Sinh lý bệnh

Co mạch

Đồ dày

Tăng huyết áp

Giảm thể tích

Đáp ứng mạch máu



23

Co mạch

Co thắt cơ trơn
CALCIUM -MAGNESIUM phụ thuộc

Giảm phóng thích
NO ENDOTHELIAL

Tăng kích thích giao cảm

HYPERSEROTONINERGIE



24

co mạch



ức chế tăng HA trung ương
ALPHA 2 MIMETIQUES
CATAPRESSAN
(CLONIDINE)
ALDOMET (ALPHA METHYLDOPA)

25

co mạch



ức chế Beta :
AVLOCARDYL
TENORMINE
SECTRAL (atenolol)

ức chế ALPHA BETA :
TRANDATE (LABETALOL)

Tăng kích thích giao cảm

26

co mạch



ANTISEROTONINERGIQUES
SULFATE DE MAGNESIUM
NIMOTOP
KETANSERINE

Tình trạng
HYPERSEROTONINERGIQUE

27

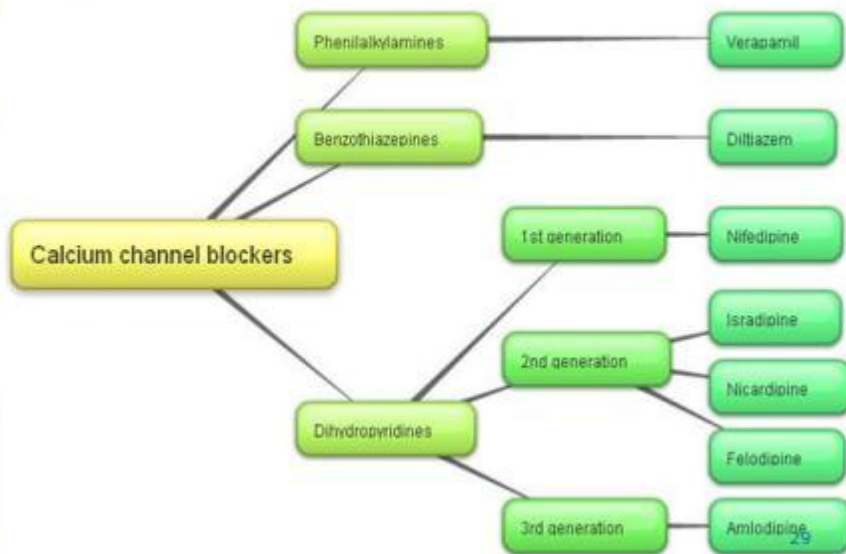
co mạch

Co thắt cơ trơn
CALCIUM-phụ thuộc



ức chế calci :
LOXEN (NICARDIPINE)
ADALATE (NIFEDIPINE)
NIMOTOP (NIMODIPINE)
SULFATE DE MAGNESIUM

28



Khuyến cáo thuốc trong thai kỳ

Thuốc	FDA Phân Loại trong thai kỳ	World Health Organization Lactation Rating
Atenolol	D	Không dùng cho bú
Hydralazine	C	dùng cho bú
Labetalol	C	dùng cho bú
Magnesium sulfate	A	dùng cho bú
Methyldopa	B	dùng cho bú
Nicardipine	C	No rating available
Nifedipine	C	dùng cho bú
Sodium nitropruside	C	No rating available

*Category A nghiên cứu không tai biến , category B không bằng nguy cơ ở người, category C nguy cơ, có dùng khi cần thiết, category D có bằng chứng nguy cơ, category X chống chỉ định trong thai kỳ
Chambers CD. Clin Pharmacol Ther.2008; 83: 181 – 3.

30

HYDRALAZINE

- An toàn cho SP và chọn trong điều trị cao HA nặng trong TSG nhưng vì nhiều tác dụng phụ nên không là lựa chọn ưu tiên
- Tác dụng dẫn mạch trực tiếp
- Tác dụng phụ : nhanh tim ,đánh trống ngực ,đau ngực,rối loạn nhịp, nôn, đau đầu ,đau thượng vị, giữ nước ,đỏ mặt , nhau bong non và giảm tiểu cầu thai nhi
- Magee LA,Ornstein MP. BMJ 2003;327:955-60
- Coppage KH .Curr PharmDes 2005;11:749-57
- Vodueff AC .Crit care Med 2005;33:s307-12

31

Click to add title

HYDRALAZINE = NEPRESSOL

1 đến 2 ống trong 24 ml / 24h

Dẫn mạch ngoại biên

Nhưng nhưc đầu, và rối loạn nhịp tim

URADIPIL = EUPRESSYL

1 ống = 25 mg TM trực tiếp 5 à 25 mg /h

32

LABETOLOL

- Hiện nay được xem là thuốc thứ nhất trong điều trị cao HA nặng
- (von Dadelszen P, From Biosci 2007; 17:2876-89)
- Phối hợp alpha-beta-adrenergic tỷ lệ 1:7 khi IV
- Tránh dùng trên Sp suyễn hay suy tim xung huyết
- (Macarthy EP, Pharmacotherapy 1983;3: 193-219)
- So sánh với IV hydralazin : ít nhanh tim mẹ nhưng gây chậm tim thai
- Vigil-De Gracia .Eur J Obstet gynecol Repro Biol 2006;128;157-62

33

NIFEDIPIN



- Đường dưới lưỡi liên quan thiếu máu và nhồi máu não, nhồi máu cơ tim, phong bế tim hoàn toàn và chết.
- (Ginsman E. JAMA 1996; 275:11)
- ACOG và FDA không chấp thuận điều trị cao HA cấp cứu ở SP
- (ACOG Practice Bulletin No. 11, Washington DC, January 2002, 6)
- Tương tác với Magnesium sulfate gây hạ HA nặng và ức chế thần kinh cơ
- (Ben- Ami N. Br J Obstet Gynaecol 1994; 101:242-5)
- Hạn chế điều trị trong TSG nặng, tăng chỉ số tim và HA thấp không cung cấp tưới máu thai đủ
- (Binn SA. Am J Obstet gynecol 2002;187:1048-50)
- Viên hấp thu xảy ra sau 1 giờ không giúp điều trị khẩn cấp, phối hợp MgSO4 phong bế thần kinh cơ nặng, hạ HA và tử vong
- (Altman D. Lancet 2002;359:1877-90)

35

Click to add title

TRANDATE = LABETALOL

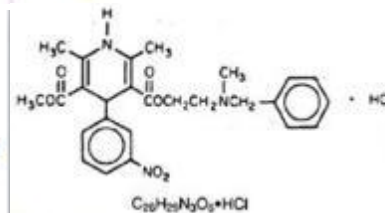
5mg / ml = ống 20 ml không pha loãng

liều mg/h	5	10	25	50	75	100
HA TTrg	70	80	90	100	110	120

Lợi : dẫn động mạch, hiệu quả trên bn tăng HA trung bình ít bền vững

Bất lợi : nhịp tim chậm, hạ đường huyết và stress trẻ

34



NICARDIPINE

• Dạng thuốc và hàm lượng

- Nang 20 mg, 30 mg
- Nang tác dụng kéo dài 30 mg, 40 mg, 45 mg, 60 mg;
- Viên nén 20 mg nicardipin hydroclorid.
- Dạng tiêm: 1mg/ml nicardipin hydroclorid.

36



• Dược lý và cơ chế tác dụng

- Là một thuốc ức chế kênh Canxi chậm, thuộc nhóm phenyl dihydropyridine.
- Ở nồng độ thấp, nicardipine ức chế vận chuyển canxi vào tế bào, chủ yếu là tế bào cơ trơn mạch máu.
- Khi vào cơ thể, nicardipine gây giãn mạch mạnh làm giảm sức cản mạch máu ngoại biên, gây hạ HA, nhịp tim tăng và cung lượng

37

- Giãn mạch vành và mạch máu não
- Xảy ra cả trên những động mạch nhỏ và động mạch lớn, làm tăng lưu lượng máu và cải thiện sức đàn hồi của thành mạch.

38

• Dược động học

- Sau khi uống, nicardipin được hấp thu gần như hoàn toàn, sinh khả dụng 35% do chuyển hóa qua gan lần đầu.
- Liên kết với protein rất cao (trên 95%).
- Nửa đời theo 2 pha: Sớm từ 1,5 đến 4 giờ, cuối là 9,6 giờ.
- Thời gian đạt nồng độ đỉnh trong huyết tương: Từ 30 phút đến 2 giờ (trung bình là 1 giờ).
- Thời gian đạt đỉnh tác dụng liều đơn là 1 - 2 giờ.
- Thời gian tác dụng kéo dài 8 giờ.
- Thuốc được đào thải qua thận 60% (dạng không biến đổi dưới 1%), qua mật và phân 35%.

39



- Nicardipin ít gây tác dụng phụ hơn nifedipin : hoa mắt, chóng mặt nhưng có hiệu quả tương đương chống đau thắt ngực.
- IV hoặc uống nicardipin, HATT và HATTg giảm, CO tăng do giảm hậu gánh và tăng tần số tim, tăng phân số tổng máu.
- Nicardipin giảm loạn năng tâm trương của thất trái.

40

Các nghiên cứu về nifedipine

- Carbonne B, Jannet D, Touboul C, et al. Nifedipine treatment of hypertensive medication. The mof hypertension during pregnancy. *Obstet Gynecol* 1993;81:908-914.
- Varon J, Marik PE. The diagnosis and management of hypertensive crises. *Chest* 2000;118:214-227.
- Hanff LM, Vulto AG, Bartels PA, et al. Intravenous use of the calcium-channel blocker nifedipine as second-line treatment in severe, early-onset pre-eclamptic patients. *J Hypertens* 2005;23:2319-2326.
- Elatrous S, Nouira S, Ouanes Besbes L, et al. Short-term treatment of severe hypertension of pregnancy: prospective comparison of nifedipine and labetalol. *Intensive Care Med* 2002;28:1281-1286.
- Dubois C, Blanchard D. Efficacy and safety of nifedipine in 29,104 patients with hypertension. *Clin Ther* 1989;11:452-460.
- IV Nifedipine Study Group. Efficacy and safety of intravenous nifedipine in the control of postoperative hypertension. *Chest* 1991;99:393-398.

41

Nifedipine SO SÁNH metoprolol TRONG ĐIỀU TRỊ CAO HUYẾT ÁP THAI KỲ

- Nifedipine giảm HA TT và HATTg mẹ hơn metoprolol ($P < .001$).kháng lực mạch máu rớt thấp hơn trên BN điều trị nifedipine ($P < .001$).
 - Nồng độ uric acid và creatinine tăng ít trong nhóm nifedipine ($P < .05$ và $P < .01$, respectively).
 - Tỷ lệ MLT vì tim thai suy ít ở nhóm nifedipine ($P < .01$)
 - Nifedipine tác dụng hơn metoprolol trong hạ HA và em bé
- [Jannet D, Carbonne B, Sebban E, Milliez J](#)

Obstet Gynecol. 1994 Sep;84(3):354-9.

43

NICARDIPINE ĐIỀU TRỊ CAO HUYẾT ÁP TRONG THAI KỲ

- Uống 20mg x 3 /ngày hay IV nifedipine 2mg/h an toàn cho sản phụ cao HA.
- Về hiệu quả sẽ cần thêm nhiều nghiên cứu lâm sàng

• [Carbonne B, Jannet D, Touboul C, Kheifati Y, Milliez J.](#) *Obstet Gynecol.* 1993 Jun;81(6):908-14.

42

NICARDIPINE IV TRÊN TSG NẶNG : Ảnh hưởng trên mẹ và con

- **Điều trị** nifedipine có thể giảm nhịp tim nhanh của mẹ
- Không xảy ra tác dụng phụ trên thai hay nhũ nhi

[Aya AG, Mangin R, Hoffet M, Eledjam JJ.](#) *Intensive Care Med.* 1999Nov;25(11):1277-81.

44

Điều trị lâu dài với nicardipine trong TSG nặng

- Nicardipine giảm đáng kể cả HA tâm thu ($P < 0,01$) HA tâm trương ($P < 0,025$).
- Tỷ lệ sanh trước 28 tuần của thai kỳ rất thấp. Không có mẹ hoặc thai nhi / trẻ sơ sinh có tác dụng bất lợi.
- Điều trị lâu dài với nicardipine trong TSG nặng hiệu quả và an toàn như điều trị ngắn và trung hạn.

[Seki H, Takeda S, Kinoshita K.](#)
[Int J Gynaecol Obstet. 2002 Feb;76\(2\):135-41.](#)

45

Các tác dụng giãn mạch của hydralazine, nicardipine, nitroglycerin, và fenoldopam trong động mạch rốn.

- Không có sự khác biệt đáng kể giữa fenoldopam ($P = 0,3534$), nitroglycerin ($P = 0,7416$), nicardipine ($P = 0,0615$), và hydralazine ($P = 0,5514$) trong tăng HA

[Sato N, Tanaka KA, Szlam F, Tsuda A, Arias ME, Levy JH.](#)
[Anesth Analg. 2003 Feb;96\(2\):539-44, table of contents.](#)

47

Điều trị ngắn hạn TSG nặng so sánh nicardipine và labetalol.

- Labetalol và nicardipine đạt 20% giảm HA (% 63 và 70%)
- Nicardipine giảm đáng kể hơn trong HATT và HATTg
- Thời gian tương tự (12 và 11 phút,).
- Cả hai loại thuốc được dung nạp tốt,
- Nicardipine và labetalol có hiệu quả và an toàn trong điều trị ban đầu của TSG nặng

[Elatrous S, Nouira S, Ouannes Besbes L, Marghi S, Boussarssar M, Sakkouhi M, Abroug](#)
[Intensive Care Med. 2002 Sep;28\(9\):1281-6. Epub 2002 Jul 26.](#)

46

IV nicardipine điều trị TSG nặng

- Nicardipine : thuốc hạ HA mạnh và có thể được sử dụng điều trị TSG nặng khi các loại thuốc hạ HA khác đã thất bại.
- [Hanff LM, Vulto AG, Bartels PA, Roofthoof DW, Bijvank BN, Steegers EA, Visser W.](#)

[J Hypertens. 2005 Dec;23\(12\):2319-26.](#)

48

Nicardipine IV: sử dụng điều trị ngắn hạn tăng huyết áp

- IV nicardipine hiệu quả như IV nitroprusside trong ngắn hạn của tăng HA nặng hoặc sau mổ
- bolus nicardipine giúp hạ HA, không tăng nhịp tim nhanh, khi đặt NKQ khi gây mê.
- IV nicardipine ngăn chặn co mạch não ở BN xuất huyết dưới màng nhện gần đây;
- IV nicardipine trong xuất huyết não cấp tính, đột quỵ, thiếu máu cục bộ, TSG, mô động mạch chủ cấp tính, sanh non và điều trị electroconvulsive

oCurran MP, Robinson DM, Keating GM.
oDrugs. 2006;66(13):1755-82.

49

Điều trị HA cấp tính trong TSG áp khi trả lời : nicardipine ?

- SP TSG nặng sẽ cần điều trị nhanh chóng HA để tránh suy đa cơ quan
- Trong suốt thập kỷ qua, các thuốc mới hạ HA đã điều trị tốt HA
- Một trong những thuốc là chặn kênh canxi : nicardipine

Vadhera RB, Pacheco LD, Hankins GD.

oAm J Perinatol. 2009 Aug;26(7):495-9. Epub 2009 Apr 24.

51

Nicardipine trong TSG nặng :qua nhau thai và sữa mẹ.

- Thuốc cao nhất tại rốn sau khi liều 4,5 mg / giờ là 18 ng / ml, như liều thấp. tác dụng dược lý trực tiếp của nicardipine trên thai không xảy ra.
- Liều tối đa ở trẻ sơ sinh của nicardipine < 300 ng / ngày, không đáng kể trong điều trị trẻ sơ sinh.
- Nicardipine qua nhau thai và trong sữa mẹ thấp.

oBartels PA, Hanff LM, Mathot RA, Steegers EA, Vulto AG, Visser W.

oBJOG 2007Feb;114(2):230-3. Epub 2006 Dec 12.

50

• Nguy cơ sử dụng trong thai kỳ:

- Thuộc nhóm độc C theo FDA
- Không sử dụng trong 2 tam cá nguyệt đầu thai kỳ, có thể sử dụng trong tam cá nguyệt 3
- Ít qua sữa mẹ
- Cho phép sử dụng trong vòng một tuần sau sanh không ảnh hưởng trên thai nhi

52

Thận trọng nicardipin trong:

- Người nhồi máu não hoặc xuất huyết não (cần tránh làm hạ HA)
- Suy tim sung huyết, đặc biệt ở người đang dùng đồng thời thuốc chẹn beta.
- Suy thận.
Phải giảm liều trong trường hợp suy gan hoặc giảm lưu lượng máu tới gan.
- Tránh dùng nicardipin trong vòng 1 tháng sau khi bị nhồi máu cơ tim.

53

Chống chỉ định sử dụng Nicardipine

- Có tiền sử mất cảm với nicardipin.
- Con đau thắt ngực không ổn định hoặc cấp tính.
- Sốc tim.
- Hẹp van động mạch chủ giai đoạn muộn.

55

Chỉ định sử dụng Nicardipine

- Điều trị cao HA kèm theo tổn thương đa cơ quan đe dọa tính mạng
- Cao HA-TSG-Sản giật
- Tăng HA chu phẫu và phòng Hồi sức



54

Liều sử dụng tiêm tĩnh mạch

- Liều tấn công:
 - Bolus 0,5-1mg
 - Truyền tĩnh mạch qua bơm tiêm điện: 1-3mg/ giờ trong một giờ
- Liều duy trì:
 - Truyền tĩnh mạch qua bơm tiêm điện: 1-3mg/ giờ trong 24 giờ (Chỉnh liều theo HA bệnh nhân)

56

Thuốc dẫn mạch thường dùng

LOXEN = NICARDIPINE

1mg / ml = ống 10 ml không pha loãng

liều mg/h	1	2	4	6	8	8+
HATTrg	70	80	90	100	110	120

Lợi : dẫn động mạch, hiệu quả, dễ sử dụng

Bất lợi : dẫn tĩnh mạch ở trẻ, chống chỉ định kết hợp với MgSO4

Quá liều

- Nicardipin là một dẫn chất dihydropyridin, có thể gây phù nghiêm trọng.
- Khi quá liều, có thể gây giãn mạch ngoại biên làm giảm huyết áp kèm theo mạch nhanh phản xạ.
- Có thể có nhịp tim chậm, hệ thống dẫn truyền tim chậm và suy tim sung huyết.

59

HUYẾT ÁP TÂM THU > 160 mmHg

HUYẾT ÁP TÂM THU > 180 mmHg
hay
HUYẾT ÁP TRUNG BÌNH > 140 mmHg

ĐIỀU TRỊ TẤN CÔNG
NICARDIPINE IV
* Bolus 0,5 - 1 mg
sau đó
* Truyền: 1-3 mg trong vòng 1 giờ

HUYẾT ÁP TÂM THU < 180 mmHg
hay
HUYẾT ÁP TRUNG BÌNH < 140 mmHg

ĐIỀU TRỊ DUY TRÌ
NICARDIPINE IV: 1 - 3mg / giờ
hay
LABETALOL IV: 5 - 20 mg / giờ

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ & ĐÁP ỨNG ĐIỀU TRỊ SAU 30 PHÚT

HATÂM THU < 140 mmHg
HATB < 100 mmHg

Giảm liều và ngưng điều trị

140 < HATÂM THU < 160 mmHg
100 < HATB < 120 mmHg

Điều trị duy trì
Nicardipine IV: 1 - 3 mg / giờ
hay
Labetalol IV: 5 - 20 mg / giờ

HATÂM THU > 160 hay
HATB < 120 mmHg

Điều trị phối hợp:
Nicardipine IV: 1-3 mg / giờ
phối hợp với
hoặc Labetalol: 5 - 20 mg / giờ
hoặc Clonidine: 15 - 40 µg / giờ

Các tác dụng ngoại ý (nhức đầu, hồi hộp.....)

1. Giảm liều Nicardipine và
2. Phối hợp với:
hoặc Labetalol: 5 - 20 ml / giờ
hoặc Clonidine: 15 - 40 µg / giờ

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ SAU 30 PHÚT SAU ĐÓ SAU MỖI GIỜ

58

Xử trí

- Nếu giảm HA : Truyền dịch, IV dopamin hoặc dobutamin, calci clorid, isoproterenol, metaraminol hoặc noradrenalin.
- Nếu nhịp tim nhanh, tần số thất nhanh ở BN có dẫn truyền xuôi trong rung - cuồng động nhĩ, và hội chứng Wolff - Parkinson - White hoặc Lown - Ganong - Levine: Sốc điện, lidocain tĩnh mạch hoặc procainamid IV.
- Nếu nhịp tim chậm, ít có block nhĩ thất độ 2 hoặc 3, ở một số ít BN tiến dần đến suy tim: IV atropin, isoproterenol, noradrenalin, hoặc calci clorid hoặc máy tạo nhịp tim .

60

Chỉ định chuyển hồi sức sau sanh

- Tăng HA
- Phù phổi cấp
- Thiếu niệu, suy thận
- Hội chứng phù – báng bụng với giảm thể tích không thể kiểm soát
- Triệu chứng thần kinh trung ương
- Hủy tế bào
- Giảm tiểu cầu $< 50\,000 / \text{mm}^3$
- Đông máu nội mạch rải rác

61





GÂY TÊ NGOÀI MANG
CỨNG CHO MỔ LẤY THAI



KẾT HỢP NICARDIPINE
QUA BƠM ĐIỆN



MỔ TRONG TƯ THẾ
FOWLER



NU CƯỜI HẠNH PHÚC KHI
NHÌN THẤY CON KHỎE
MẠNH

CHÂN THÀNH CẢM ƠN QUÝ VỊ ĐÃ LẮNG NGHE

