

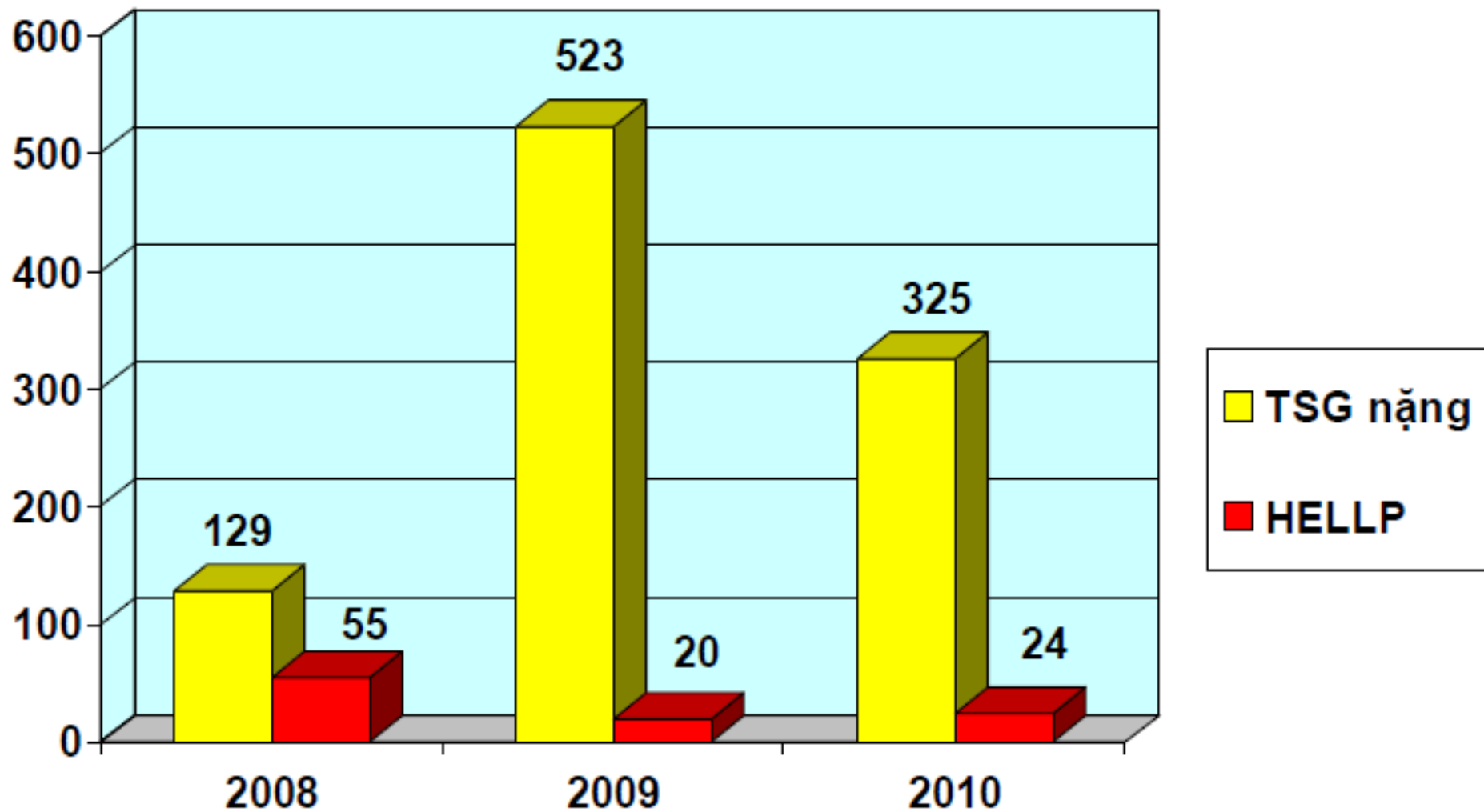
TIỀN SẢN GIẬT VÀ SẢN GIẬT

Bệnh viện Từ Dũ, 10/2011



D Chassard, Lyon, France

	Tiền sản giặt	Sản giặt
UK	0.5%	3 / 10.000
France	2%	8 / 10.000
Norway	2.7%	5 / 10.000
Saudi Arabia	1.7%	
USA	5 %	10 / 10.000
Zimbabwe	7%	
Nigeria		90 / 10.000
TU DU		80 / 10.000



Từ Dữ 325/40.000 ca sinh=80/10.000 ca sinh thường

TIỀN SẢN GIẬT

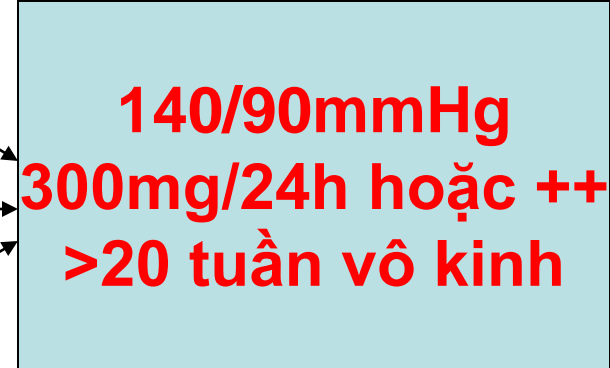
- Bệnh lý đặc trưng của mẹ khi có thai kỳ
 - Không xảy ra nếu không có thai kỳ
- Bệnh lý không thấy ở động vật
 - Không có tiền sản giật tự phát ở động vật
- Bệnh lý ở tam cá nguyệt thứ 2/thứ 3, có thể thấy ở tam cá nguyệt đầu
- Nguồn gốc từ bánh nhau:
 - Đặc trưng của thai kỳ
 - Vẫn hiện diện dù không có phôi thai (thai trứng)
 - Hiện diện khi có thai trong ở bụng
 - Biến mất sau khi lấy nhau ra

Định nghĩa

- Bệnh lý của mẹ kết hợp
 - Cao huyết áp
 - Tiểu đạ̣m
 - *Phù*

Xảy ra vào nửa sau của thai kỳ

- Thoái triển trong vòng 3 tháng



140/90mmHg
300mg/24h hoặc ++
>20 tuần vô kinh

Định nghĩa và dịch tể học

- **CHA vô căn:**
 - CHA >140/90 vào đầu thai kỳ
- **CHA thai kỳ (CHATK):**
 - CHA đơn thuần >140/90 sau 20 tuần thai kỳ
- **Tiền sản giật (TSG):**
 - CHATK+ *abumine niệu* >300mg/ngày (hoặc ++)
- **Tiền sản giật nặng (10% TSG):**
 - HA >160/110
 - Hoặc *Albumine niệu* >3,5g/ngày
 - Hoặc *các dấu hiệu nặng kèm theo* (NT < 500ml/24h)

Các dấu hiệu nặng kèm theo

- Đau thượng vị, buồn nôn, nôn
- Nhức đầu, rối loạn thị giác, tăng phản xạ
- Creatinine máu >100 micromoles/l
- Thiểu niệu <20 ml/h
- Tán huyết
- ASAT > 3 lần bình thường
- Giảm tiểu cầu $<100\ 000$
- Ure máu >360 mmol/l, và tăng >60 mmol/24h
- Động học các rối loạn

HATT >160 mmHg
HATTr >110 mmHg

Một bệnh của nhau thai



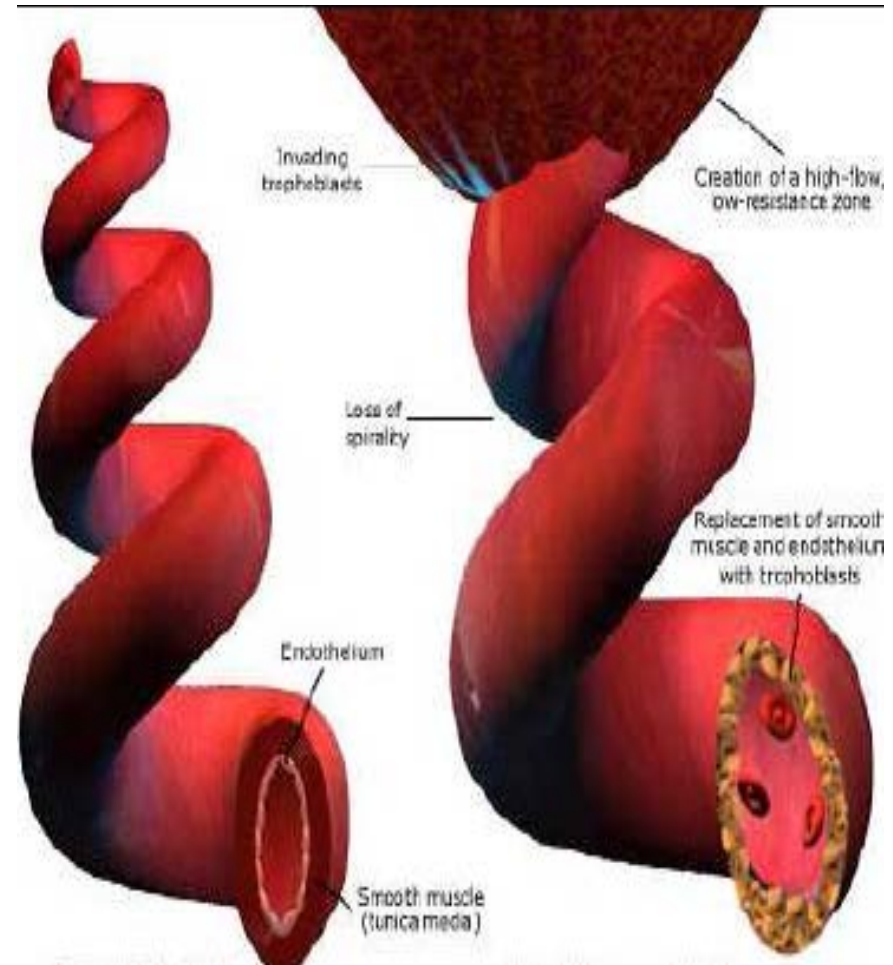
Bình thường



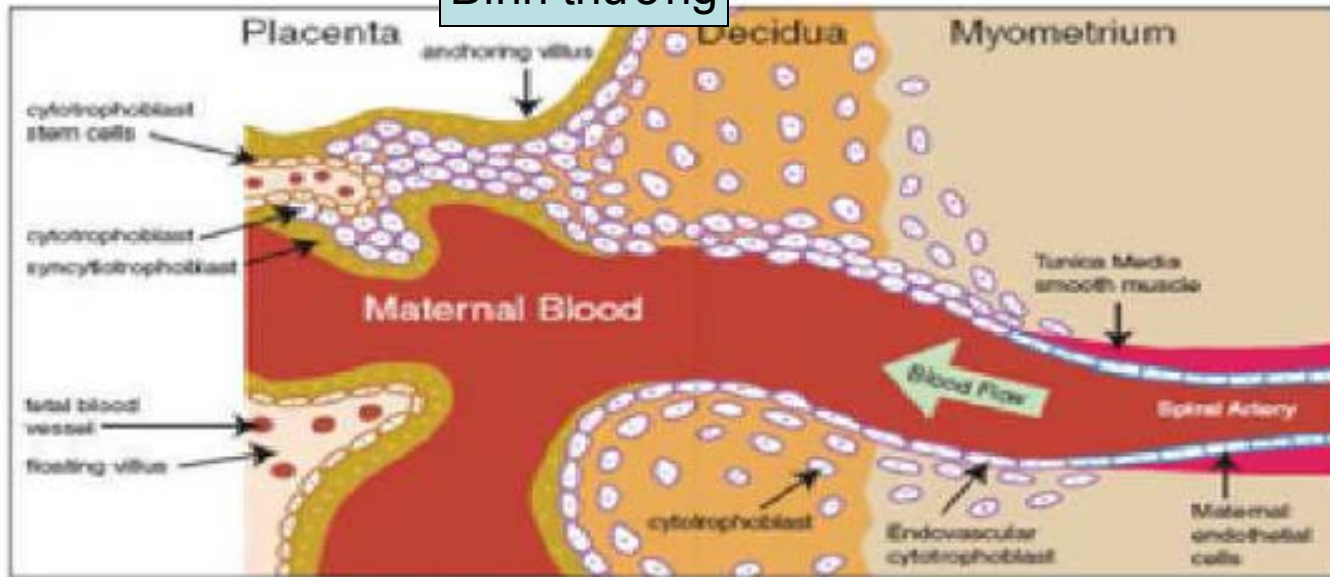
Tiền sản giật

Những biến cố ban đầu

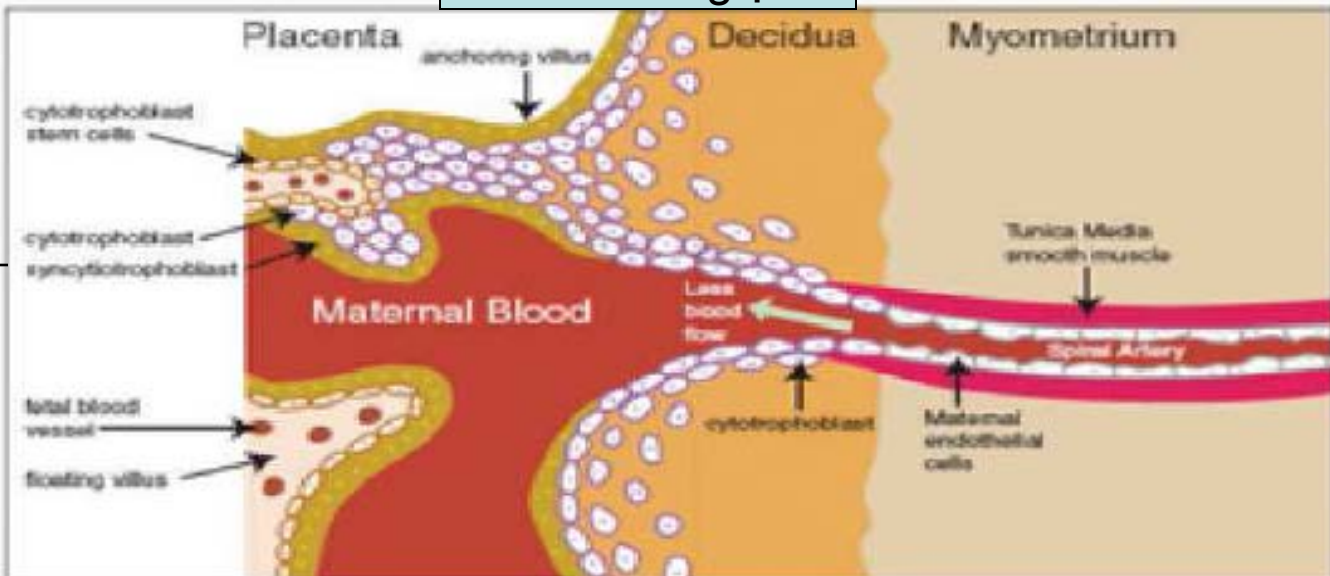
- Thai kỳ bình thường
- Xâm lấn ĐM xoắn của TC bởi các tb nuôi
- → Thay thế lớp nội mạc
- → Phá hủy lớp áo giữa, mô cơ, lớp đàn hồi, tk
- → Hệ tiểu ĐM có kháng lực yếu với sự gia tăng nhiều của lưu lượng máu bánh nhau



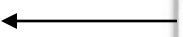
Bình thường

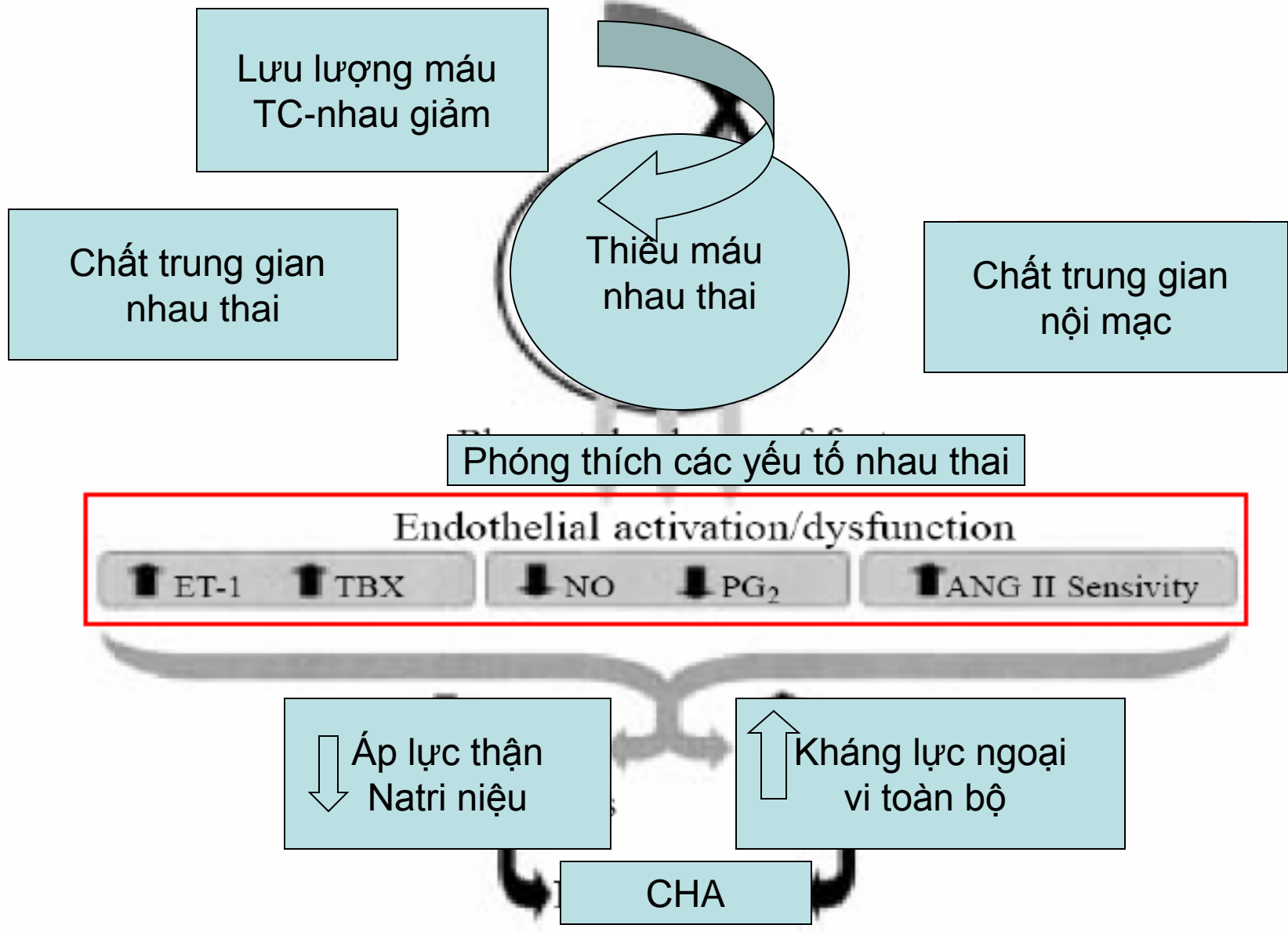


Tiền sản giật

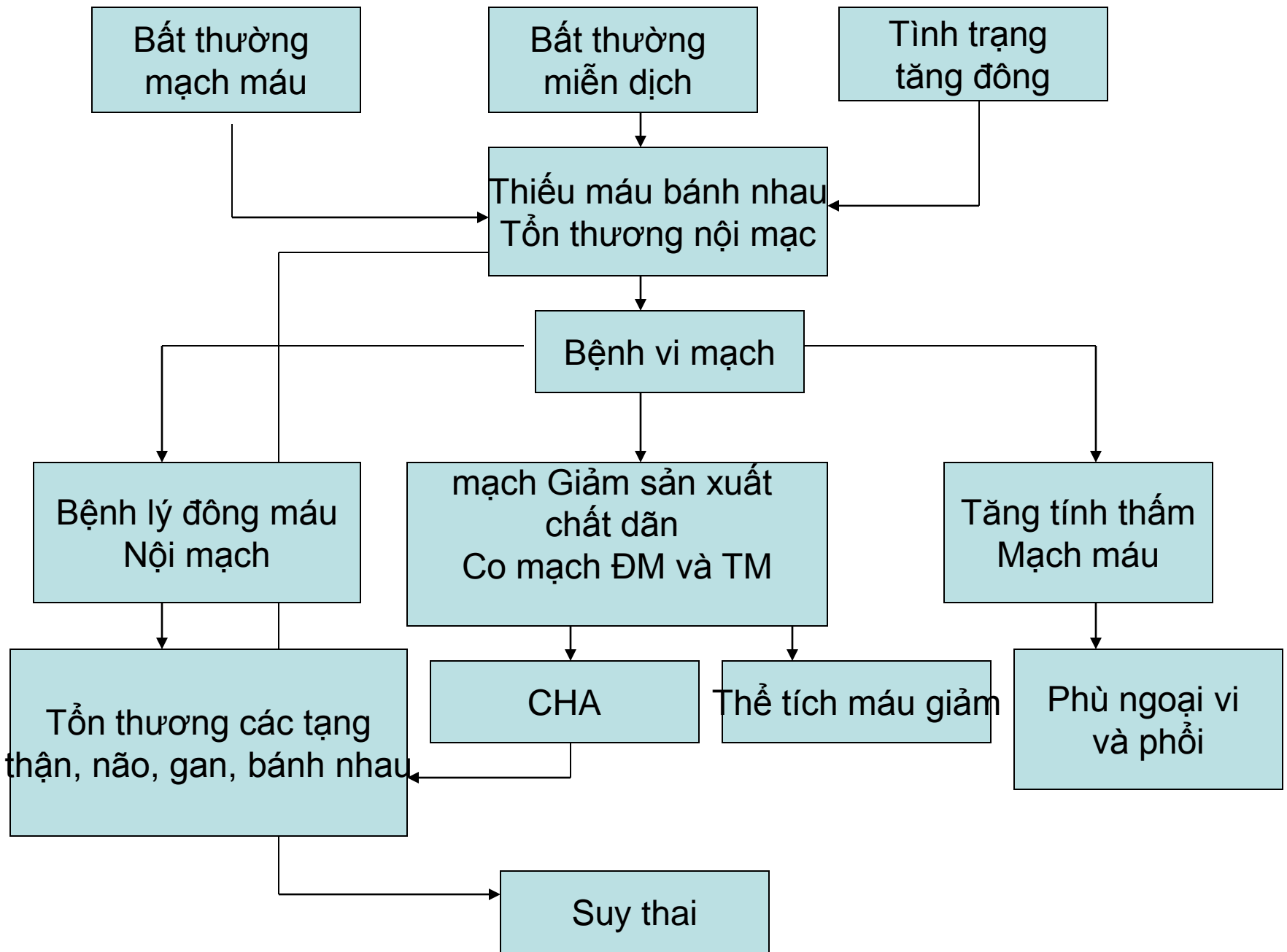


Giảm oxy mô





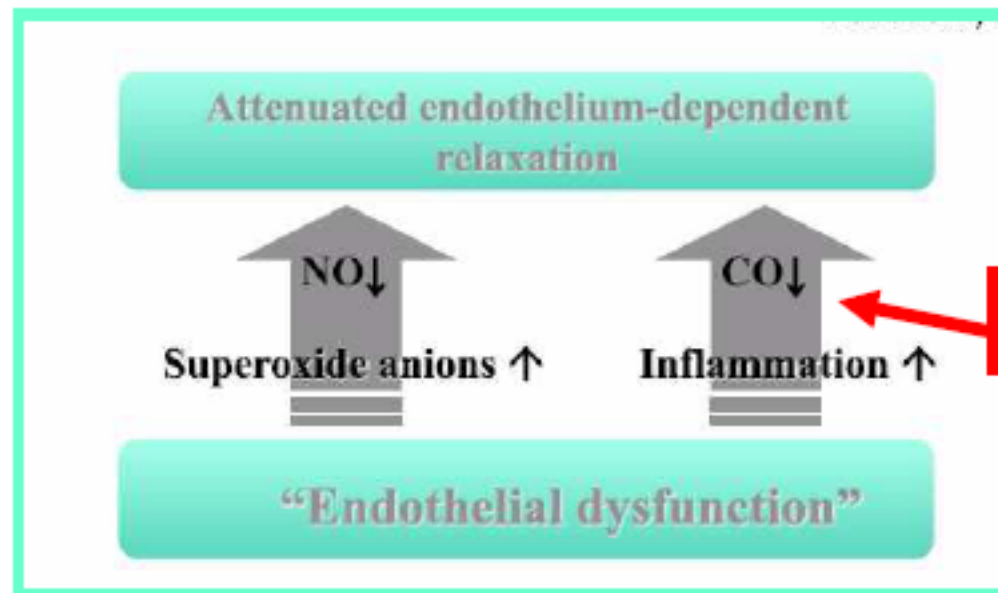
Hình 3: Các cơ chế tham gia trong sự xuất hiện CHA trong TSG (8)





Hiểu biết mới về bệnh nguyên của TSG: xác định các yếu tố chìa khóa gây ra các biến chứng mạch máu.

Asif Ahmed*



Statines ???

Serious dangerous father ???

Bệnh nguyên của TSG: vai trò của người bố

Gus Dekker^{a,b,*}, Pierre Yves Robillard^c, Claire Roberts^a



Đau thương nội mạc

HELLP

Đau bao

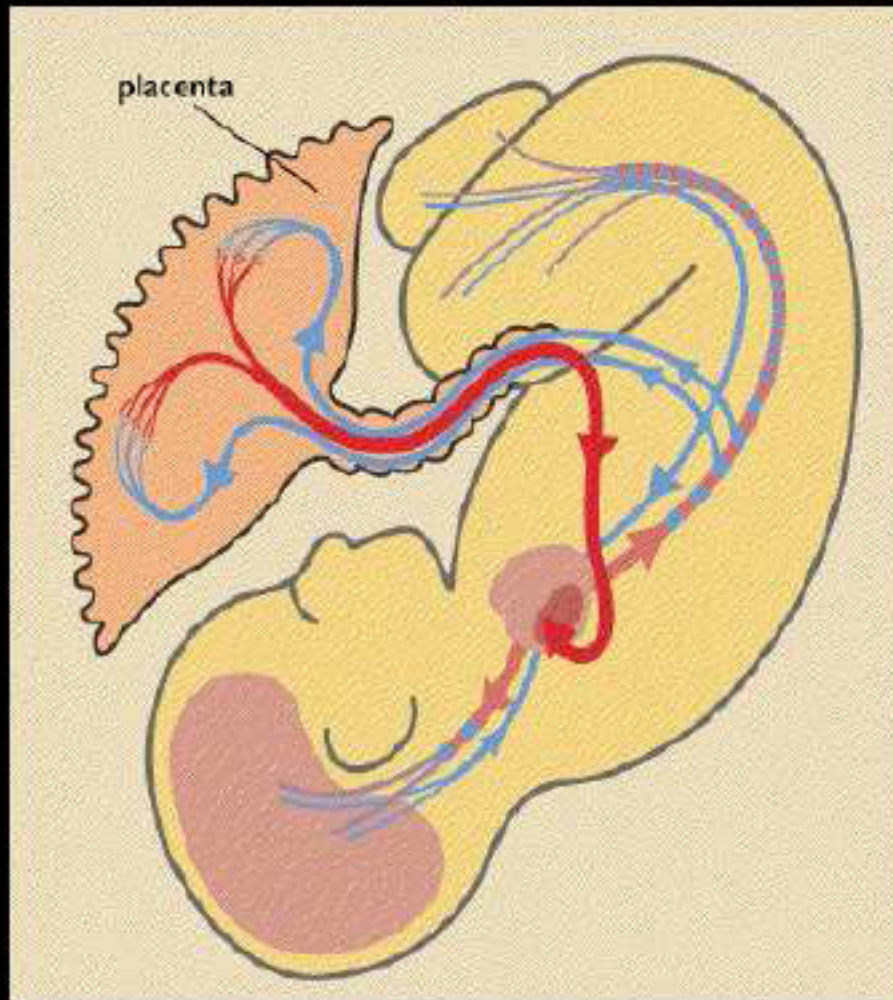
Đau TM cửa

Đau gan cấp trong thai kỳ

kinh trung ương

thích

Đau suy HH cấp người lớn



Chậm tăng trưởng trong tử cung
Thai chết

Các biến chứng của tiền sản giật

Sản giật

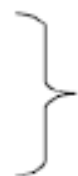
HC HELLP

Băng huyết sau sanh

Đông máu nội mạch lan tỏa (TICVD)

Phù phổi cấp và suy thận cấp

H emolysis



E levated



L iver enzymes



L OW



P latelets



**Haptoglobin, schizocytes,
bili. > 12 mg.dl⁻¹, LDH > 600**

ASAT, ALAT > 70 UI

< 100.000 mm⁻³

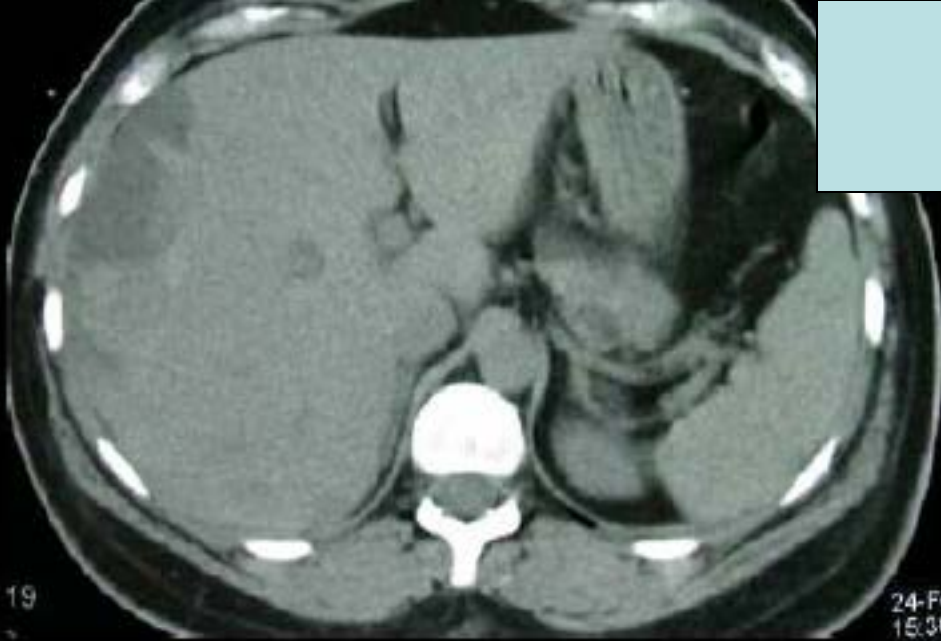
HỘI CHỨNG HELLP

- Weinstein năm 1982
- Bệnh lý vi mạch kết hợp tán huyết, giảm tiểu cầu và ly giải tế bào gan
- Tần suất: 2-12% các bn bị TSG
- Xảy ra trong khoảng 27 và 36 tuần vô kinh (50%), nhưng những ca rất sớm đã được mô tả trong khoảng 17-20 tuần vô kinh và một số khác chỉ xảy ra trong thời kỳ hậu sản (30%)

Suy thận cấp

Máu tụ dưới bao gan

e



19

24-Feb-2004
15:36:42.75
2 MA 15
SPI 2
SP 369.4

Vỡ bao gan 2%

ĐT bảo tồn

Truyền TC nếu TC < 50.000

PFC

- Chảy máu, Đông máu nội mạch rải
- Suy gan

HC lỏng nếu Hb < 8g/dl

1



kV 120
eff mAs 149
mA 274
TI 0.5
CT 0.0

10

Các biến chứng khác

- **Máu tụ sau bánh nhau**
 - 23% sản giật và 2,3% TSG
 - 20-35% tử vong chu sinh
 - 10% các biến chứng TK trong số những trẻ sống sót khi băng huyết
- **Đông máu nội mạch lan tỏa:** TSG nặng, thường kết hợp HC HELLP
- **Phù phổi cấp:**
 - (3% TSG,)
 - tử vong mẹ khoảng 5%.

Điều trị tốt nhất= phòng ngừa

Dạng nhẹ, điều trị ở nhà bằng đường uống

Methyldopa (Aldomet®) (250 và 500 mg) : lên đến 3 X 50

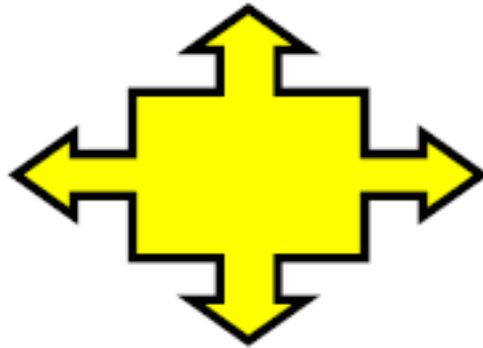
-Dạng ức chế Ca tác dụng kéo dài: **Nicardipine LP 50 mg**

và **Nifedipine** (Adalate®) LP 20 mg X 2

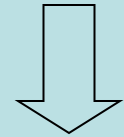
-**Labetalol** (Trandate®) (viên 200 mg): cho đến 4 viên/r

Corticoïdes

Cho trẻ
sinh ra



Điều trị CHA



Bù dịch

Biến chứng
HC HELLP
Đông máu
Sản giật
Phù phổi cấp

Điều trị

Lấy thai

Cho bé ra đời (khởi phát chuyển dạ hoặc sinh mổ)

- Rất hiếm phải chấm dứt thai kỳ để cứu mẹ
- Tùy theo tuổi thai

Cố gắng trì hoãn sinh (24-48h)

Điều trị corticoide (celestone)

Kích thích sự trưởng thành phổi của thai

Chỉ định chấm dứt thai kỳ trong TSG nặng (sau khi cho corticoide điều trị dự phòng khi tuổi thai <34 tuần và khi các đk mẹ và thai cho phép kéo dài thêm 48h cần thiết cho việc điều trị bằng corticoides)

Chỉ định về phía mẹ:

- Tăng HA không kiểm soát
- Sản giật
- Phù phổi cấp
- Máu tụ sau bánh nhau
- Thiểu niệu (<100ml/4h) kéo dài dù đã bù dịch đủ
- Các dấu hiệu sắp xảy đến sản giật (nhức đầu hoặc rối loạn thị giác kéo dài)
- Đau thượng vị kéo dài
- HC HELLP,
- Creatinine>120 μ mol/l, **de novo** (= không có nguyên nhân đã biết trước)

HATT>160mmHg
HATTr>110mmHg

Chỉ định về phía thai:

- Suy thai kéo dài hoặc các biến số nặng
- Biến thiên ngắn hạn<3ms, đã được kiểm soát
- Chỉ số Manning<4, ở 2 lần đo
- Thiểu ối nặng
- Ước lượng cân thai <5 của bách phân vị, sau 32 tuần
- Áp lực tâm trương ĐM rốn đảo ngược, sau 32 tuần

Đo huyết áp lần đầu

HATT > 180mmHg hoặc HATB > 140mmHg
Điều trị tấn công
Nicardipine IV
Bolus 0.5-1mg, sau đó truyền
4-7mg trong 30 phút

HATT < 180mmHg hoặc
HATB < 140mmHg
Điều trị duy trì
Nicardipine IV
Hoặc
Labetalol IV 5-10mg

Đánh giá hiệu quả và sự dung nạp

140 < HATT < 160mmHg
100 < HATB < 120mmHg
Điều trị duy trì

HATT > 160mmHg
HATB > 120mmHg
Điều trị hai thuốc
Nicardipine 6mg/h
và hoặc labetalol 5-20mg/h
hoặc clonidine 15-40µg/h

Tác dụng
1. Giảm nicardipine
2. Phối hợp
Hoặc labetalol
Hoặc clonidine

HATT < 140mmHg
HATB < 100mmHg
Giảm hoặc ngưng điều trị

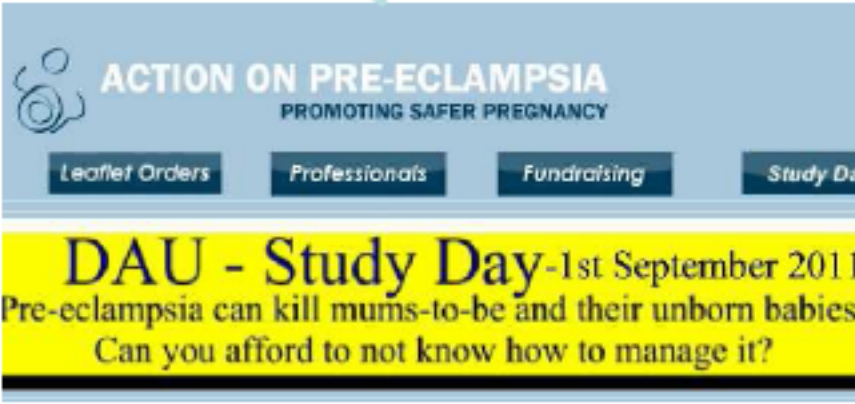
Urapidil (đối vận thụ thể giao cảm α_1 + đồng vận thụ thể 5-HT_{1A})
Eupressyl® đang được đánh giá



**British Columbia
Reproductive Care
Program**
F5 – 4500 Oak Street
Vancouver, BC
Canada V6H 3N1



**Nifedipine
Labetamol
Hydralazine**



Bù dịch

- Giảm thể tích máu hiệu quả so với ứ muối nước
- Không gây ra biến chứng/tử vong mẹ hoặc thai
- Nguy cơ phù phổi cấp (**tổn thương cơ tim + rối loạn chức năng nội mạc**)
- Nguy cơ phù não
- Tùy theo lượng nước tiểu với RL
- Vai trò của albumine: giảm proteine máu nặng

Phục hồi nước tiểu: Mục đích: nước tiểu mỗi giờ >80ml. Không phải là cần thiết tuyệt đối, tốt hơn là chấm dứt thai kỳ.

Nếu NT mỗi giờ <80ml sau trắc nghiệm bù dịch đầu tiên = có thể vẫn còn thiếu dịch.

Trắc nghiệm bù dịch lần nữa (RL 500ml) khi không có dấu hiệu phù phổi cấp

Chỉ định albumine nếu albumine máu <20mg/l

Albumine 20%: 100ml trong 30'

Vai trò của HES?

- (G1-): Việc bù dịch một cách hệ thống không được khuyến cáo vì không có chứng minh cho thấy cải thiện tiên lượng mẹ hoặc sơ sinh và có thể gây ra phù phổi cấp
- (G2+): Có thể bù dịch một cách thận trọng khi huyết áp tụt đột ngột và có ý nghĩa lúc sử dụng các thuốc dẫn mạch
- (G2+): Khi việc khảo sát tình trạng huyết động trên một phụ nữ TSG phải được thực hiện, thì siêu âm phải là ưu tiên, kiểm soát xâm lấn áp lực ĐM phổi chỉ được yêu cầu trong trường hợp ngoại lệ.

CO GIẬT

Thở oxy

- DLG+BDZ (Valium, Hypnovel, Rivotril)

Ngừng co giật
MgSO₄ 4g trong 20'
Sau đó 1-2g/h
Theo dõi sát

Oxy
Đặt NKQ nếu GSC < 9

Co giật kéo dài
Pento/Celo/MgSO₄
Mổ bắt con

- Đối kháng bằng 1g canxi gluconate chứa 4,65mEqCa⁺⁺/g hoặc canxi chloride chứa 13,6mEqCa⁺⁺/g

Phụ nữ TSG và các bé của họ có được lợi gì từ Mg sulphate không? Thử nghiệm Magpie; nghiên cứu ngẫu nhiên có nhóm chứng

- Thử nghiệm ngẫu nhiên đa trung tâm MgSO₄ so với giả dược
- 2-4g TM sau đó 1g/h
- 10141 bn, MgSO₄ = 5071, giả dược = 5070
- **Kết quả ủng hộ cho MgSO₄**
 - Sản giật (0,8% so với 1,9%, RR=0,58 (0,40-0,71))
 - 1000 bn được điều trị để phòng ngừa 11 sản giật
 - Tử vong mẹ (RR=0,55 (0,26-1,14))
 - Băng huyết (0,2% so với 0,4%, RR=0,67 (0,45-0,89))

Lancet 2002: 359:1877

Kết quả kém thuận lợi hơn ở các nước giàu

Chỉ định của Mg sulfate

Trong trường hợp **tiền sản giật nặng** kèm nhức đầu, rối loạn về thần kinh, để phòng ngừa cơn co giật trong khi chờ đợi lấy thai ra

Sau một cơn co giật, để tránh tái phát trong khi chờ đợi lấy thai ra

Được đề nghị **để điều trị** ngay tức thì cơn co giật

Mg làm tăng tác dụng **thuốc dẫn cơ**

Điều trị bằng MgSO₄ đường như không làm xáo trộn chức năng đông máu hoặc tiêu huyết khối một cách có ý nghĩa về lâm sàng.

Các bệnh lý cơ là chống chỉ định với điều trị bằng MgSO₄

Trường hợp **suy thận**, dùng MgSO₄ có thể gây tăng nồng độ Mg máu. Tình trạng này phải được nhận biết ngay khi xuất hiện giảm phản xạ gân xương. Hai dấu hiệu báo động khác là nhược cơ kèm theo rối loạn tri giác

Theo dõi mỗi giờ các bệnh nhân này (nhịp thở) và mỗi 4h đối với các phản xạ (theo dõi mất phản xạ)
Có sẵn **canxi gluconate** để đối kháng

Neonatal medical admission in a term and late-preterm cohort exposed to magnesium sulfate

Mara B. Greenberg, MD; Anna A. Penn, MD, PhD; Lewis J. Thomas, BS; Yasser Y. El-Sayed, MD; Aaron B. Caughey, MD, PhD; Deirdre J. Lyell, MD

Am J Obstet Gynecol 2011.

FIGURE 1
Probability of NICU admission by total magnesium sulfate exposure dose

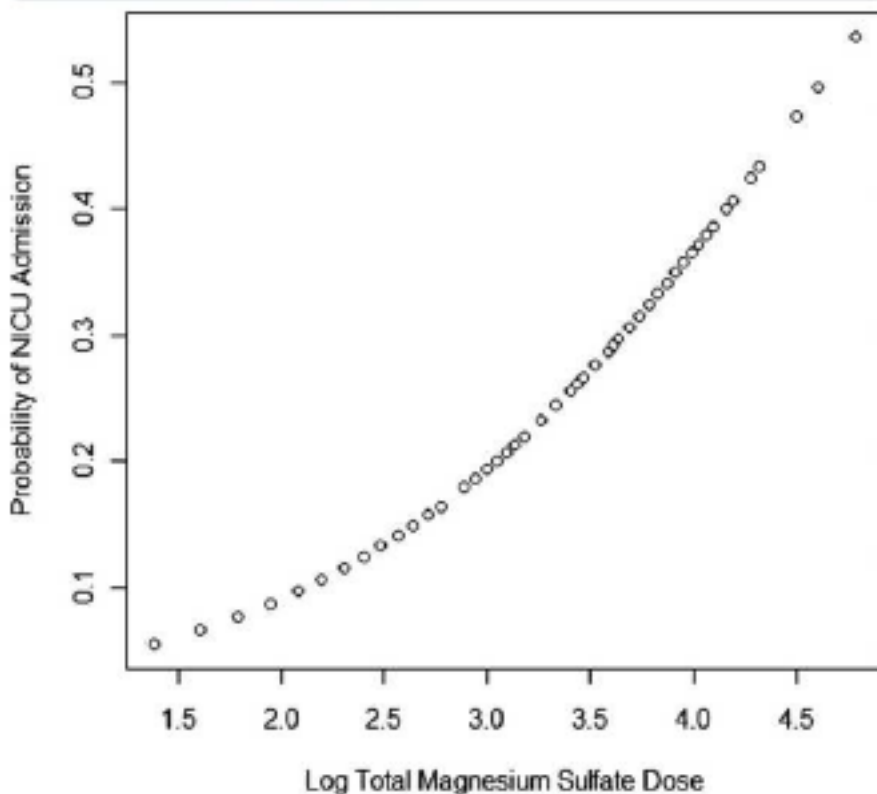
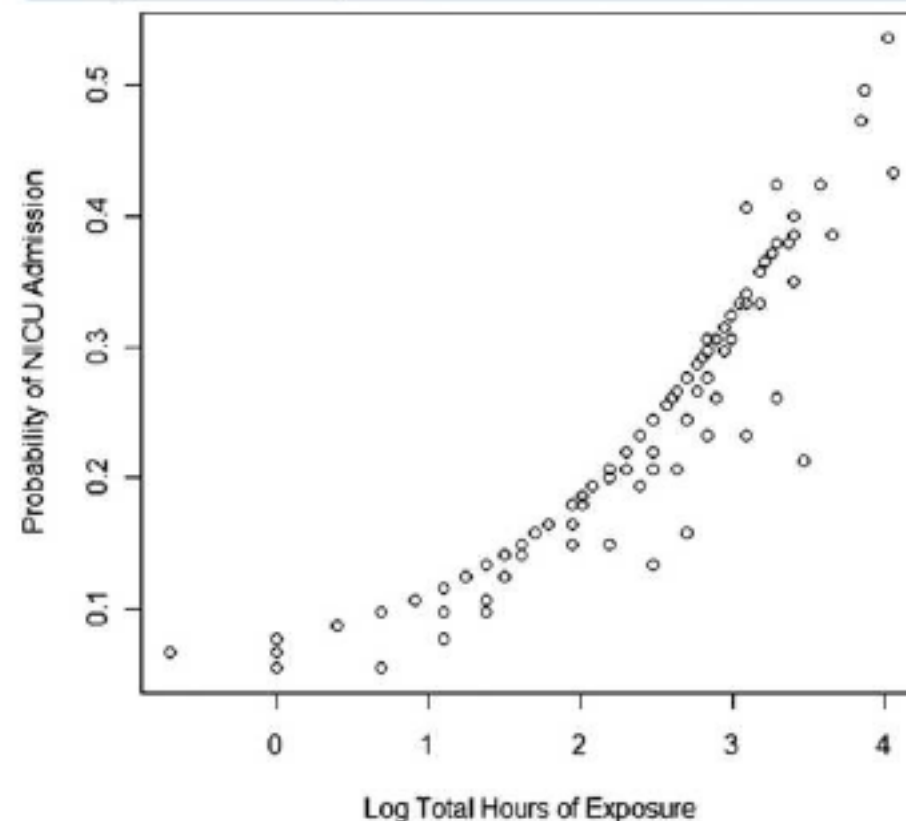


FIGURE 2
Probability of NICU admission by total hours of magnesium sulfate exposure



Điều trị bằng Mg sulfate và nifedipine không làm tăng nguy cơ của các tác dụng phụ nặng của mẹ liên quan đến Mg trên phụ nữ Bị tiền sản giật

Mary H. H. Ensom, PharmD,^c Bruce Carleton, PharmD,^{a,c} Anne-Marie Côté, MD,^b Peter von Dadelszen, MChB, DPhil^{a,d}

	Cases: Nifedipine (n = 162)	Other antihypertensive medication (n = 32)	No antihypertensive medication (n = 183)
Yếu TK cơ	86 (53.1%)	17 (53.1%)	82 (44.8%)
Tụt HA mẹ	67 (41.4%)	10 (31.3%)	97 (53.0%)
Vấn đề hô hấp	24 (14.8%)	2 (6.3%)	14 (7.7%)
Khó thở	14 (8.6%)	0	9 (4.9%)
Phù phổi	4 (2.47%)	0	2 (1.09%)

Vô cảm cho các bn này

- **Sanh thường hoặc sanh mổ = gây tê +++**
- **Chú ý bù dịch trước khi gây tê**
- **Duy trì HATB trong khoảng 90-100 mmHg để tưới máu bánh nhau**
- **Không dùng liều test adrénaline**
- **Ngưng điều trị CHA cho đến khi đã thiết lập phong bế cảm giác**
- **Tổng kê đông máu < 2 h, kiểm tra việc uống aspirine**
- **Chú ý rút cathéter nếu gây tê ngoài màng cứng**

(G2+): giá trị ngưỡng của tiểu cầu được khuyến cáo là **75 G.L-1 để thực hiện tê ngoài MC và 50G.L-1 để tê tủy sống với điều kiện là:**

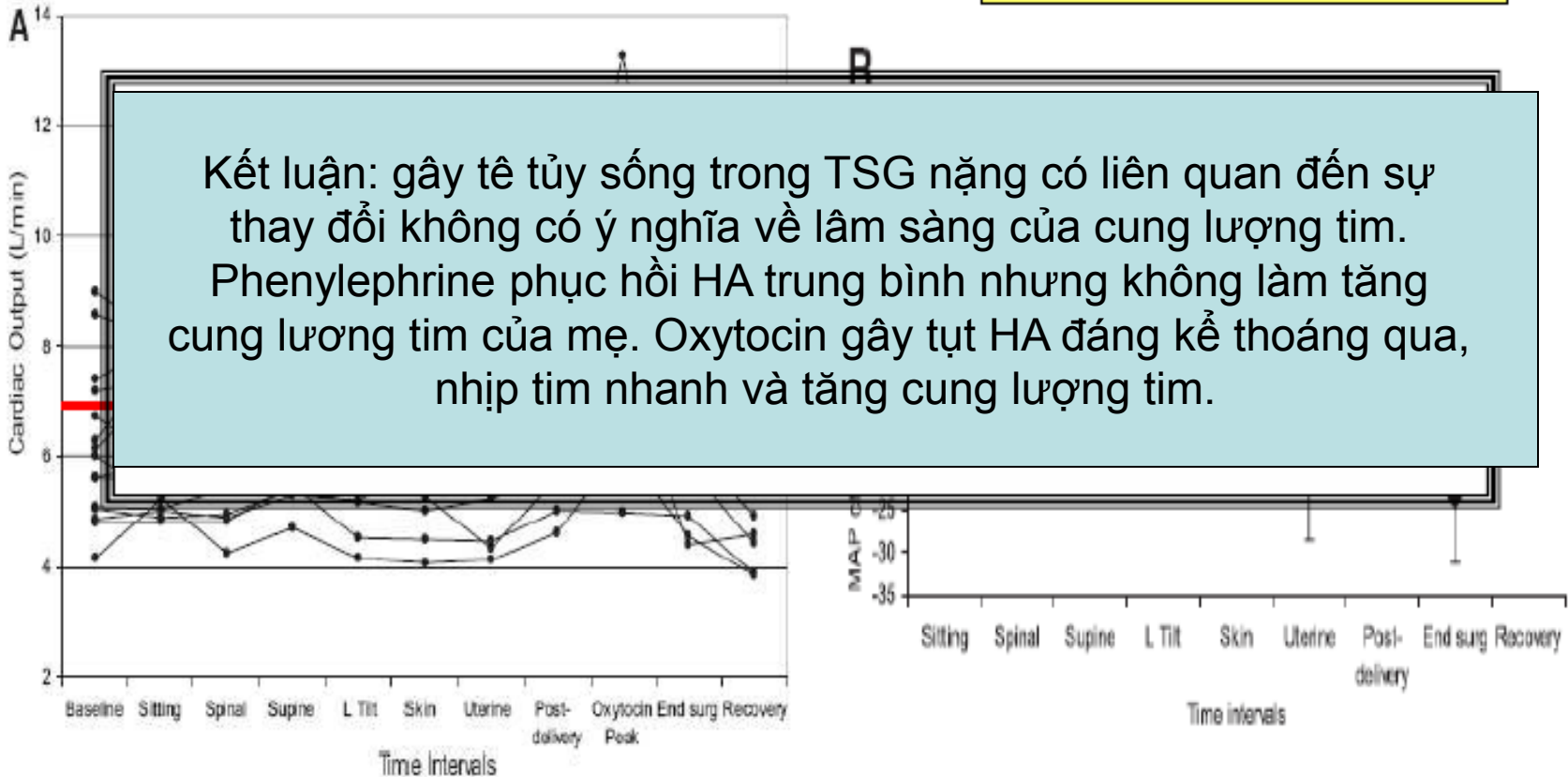
- 1/ hoặc là giảm tiểu cầu ổn định trên nhiều làm đếm liên tiếp,
- 2/ hoặc là thao tác vô cảm được thực hiện bởi một người làm có kinh nghiệm,
- 3/ sản phụ được theo dõi về thần kinh sau sanh,
- 4/ bệnh nhân giảm tiểu cầu đã không uống thuốc aspirine trong 3 ngày vừa rồi

Thay đổi huyết động liên quan đến gây tê tủy sống để mổ lấy thai trong TSG nặng

inc.

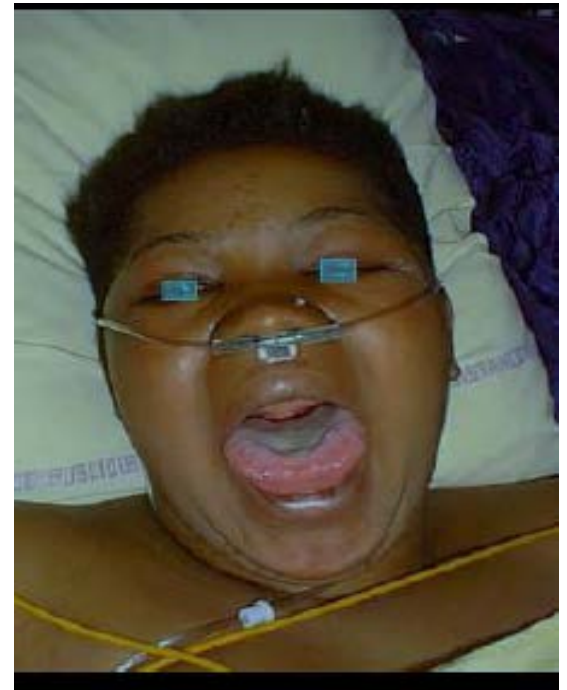
Robert A. Dyer, F.C.A. (S.A.),* Jenna L. Piercy, F.C.A. (S.A.),† Anthony R. Reed, F.R.C.A.,† Carl J. Lombard, Ph.D.,‡
Leann K. Schoeman, F.C.O.G. (S.A.),§ Michael F. James, Ph.D.||

10 mg bupi + 5 µg sufenta



Vô cảm để mổ lấy thai

- **Gây mê nguy hiểm hơn gây tê**
 - Nguy cơ liên quan đến cơn CHA khi đặt NKQ (TBMMN, phù phổi cấp)
 - Nguy cơ cao đặt NKQ khó
 - Gây tê: kỹ thuật chọn lựa nếu không có CCĐ



Vô cảm để mổ lấy thai

- Phải gây mê:
 - Bệnh lý đông máu
 - Nhau bong non
 - Thất bại hoặc CCEĐ gây tê
- Đánh giá lại những khó khăn của đặt NKQ
- Tiếp tục thuốc điều trị CHA TM cho đến khi dẫn mê (HATB < 120mmHg)

Gây mê với đặt NKQ
nhanh cổ điển

Phòng ngừa cơn CHA khi đặt NKQ

Giảm đáp ứng tăng huyết áp với đặt NKQ ở các bn tiền sản giật nặng: một điều tra ở Anh

IJOA 2010

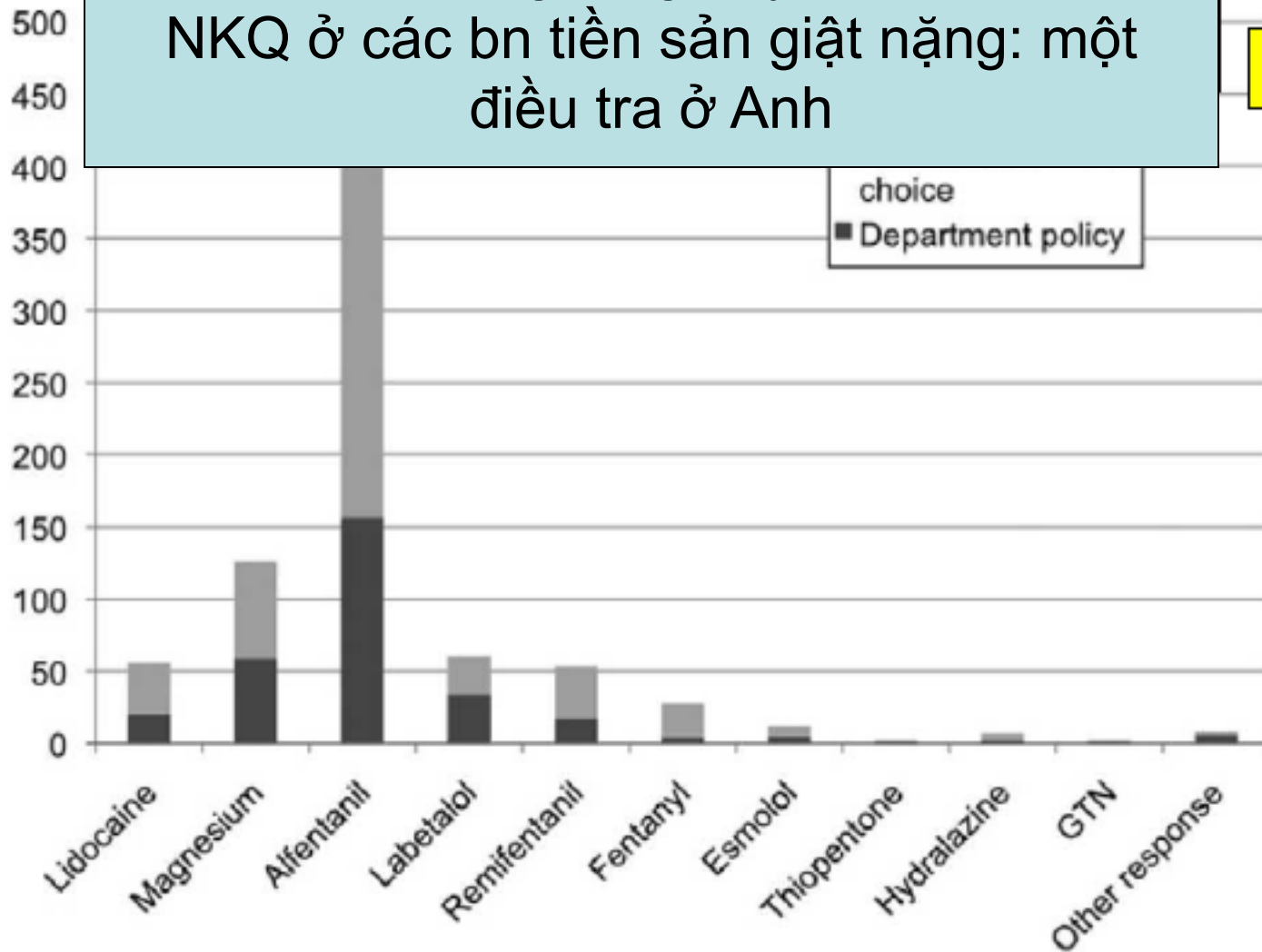


Fig.1: Thuốc chọn lựa đầu tiên để làm giảm đáp ứng tăng HA với đặt NKQ trên số bs gây mê/khoa

A single dose of fentanyl and midazolam prior to Cesarean section have no adverse neonatal effects

Một liều fentanyl duy nhất và midazolam được cho trước khi mổ lấy thai không có ảnh hưởng xấu trên trẻ sơ sinh

Michael A. Frölich MD,* David J. Burchfield MD,† Tammy Y. Euliano MD,‡ Donald Caton MD‡

ne n'a

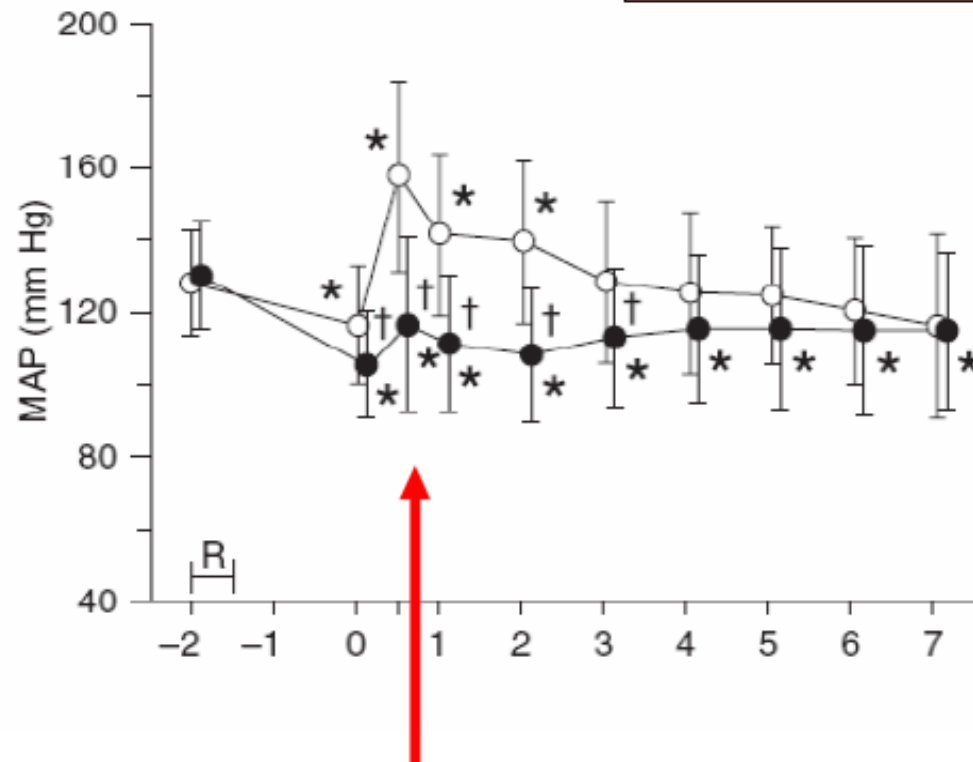
1 à 2 µg/kg

In an uncontrolled study, fentanyl 1 µg/kg was found not to depress the Apgar score following caesarean delivery, nor was naloxone required in any neonate (Eisele et al, 1982). The neonatal effect of fentanyl 2.5 µg/kg have been found similar to that of alfentanil 10 µg/kg (Rout and Rocke, 1990). In another uncontrolled study, fentanyl 200 µg was given at induction of anaesthesia to a group of 26 mothers with severe pregnancy-induced or pregnancy-aggravated hypertension. Ten neonates were severely depressed at 1 minute after delivery. All 10 required tracheal intubation during resuscitation, and 4 remained depressed 5 minutes after birth. Severe intrauterine asphyxia most probably contributed to the poor outcome.

Thuốc thay thế: alfentanil 10µg/kg
Esmolol 1mg/kg
hoặc lidocaine 1,5mg/kg
hoặc Mg 30mg/kg

Hiệu quả của remifentanil trên đáp ứng tim mạch và chỉ số Bispectral với đặt NKQ trên bn TSG nặng được mổ lấy thai dưới gây mê

1 $\mu\text{g}/\text{kg}$ 30 giây trước dẫn mê



Thời kỳ hậu sản

- **Giai đoạn nguy cơ**
- Phòng ngừa phù phổi
- Phòng ngừa sản giật nguyên phát hoặc thứ phát
- Vai trò corticoide: HC HELLP?
- Cai điều trị CHA
- Phục hồi nước tiểu
- Phòng ngừa bệnh lý thuyên tắc-huyết khối
- Theo dõi 48h.