



BỆNH VIỆN TỪ DŨ
TU DU HOSPITAL



TĂNG HUYẾT ÁP TRONG THAI KỲ



ĐẠI CƯƠNG

Tăng huyết áp:

- 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



PHÂN LOẠI *(theo ACOG 2014)*

Gồm 4 nhóm

- Tiền sản giật – Sản giật:
- Tăng HA mạn
- TSG trên nền tăng HA mạn
- Tăng HA trong thai kỳ



Tiêu chuẩn chẩn đoán TSG - ACOG 2014

Huyết áp	<ul style="list-style-type: none">HA tâm thu ≥ 140 mmHg hoặc HA tâm trương ≥ 90 mmHg trong hai lần đo ít nhất cách 4 giờ ở thai sau 20 tuần tuổi trên phụ nữ có huyết áp bình thường trước đóHA tâm thu ≥ 160 mmHg hoặc huyết áp tâm trương ≥ 110 mmHg, tăng huyết áp có thể được xác nhận trong một khoảng thời gian ngắn (15 phút) để tạo điều kiện điều trị hạ áp kịp thời.
Và	
Protein niệu	<ul style="list-style-type: none">≥ 300 mg/24 giờhoặcTỉ lệ Protein/creatinin $\geq 0,3$ (mg/dl mỗi giá trị)Dipstick 1 + (chỉ được sử dụng nếu phương pháp định lượng khác không có sẵn)
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	<ul style="list-style-type: none">$< 100.000/mm^3$
Suy thận	<ul style="list-style-type: none">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
Suy chức năng gan	<ul style="list-style-type: none">Men gan tăng ≥ 2 lần giá trị bình thường
Phù phổi	
Triệu chứng não hoặc thị giác	



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

- **Tăng HA trầm trọng: HA tâm thu ≥ 160 mmHg hoặc HA tâm trương ≥ 110 mmHg qua 2 lần đo cách nhau 4 giờ có nghỉ ngơi tại giường (ngoại trừ đã sử dụng thuốc hạ áp trước đó).**
- **Tiểu cầu $< 100.000/mm^3$**
- **Suy chức năng gan: men gan tăng gấp đôi bình thường. Đau hạ sườn phải hoặc thượng vị kéo dài không đáp ứng với thuốc và không có chẩn đoán thay thế, hoặc cả hai.**
- **Suy thận tiến triển (nồng độ creatinin huyết thanh lớn hơn 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 hay thị giác (triệu chứng thần kinh trung ương): rối loạn thị giác (hoa mắt, ám điểm, mù vỏ 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. Cơ co giật có thể xảy ra trước sinh, trong khi chuyển dạ, hoặc sau sinh 48 – 72 giờ.
- **Hội chứng HELLP:**
 - Xảy ra trước hoặc sau sinh.
 - Lâm sàng: đau vùng thượng vị hoặc hạ sườn phải, nhìn mờ, nhức đầu, vàng da, buồn nôn, nôn.
 - CLS: dấu hiệu tán huyết (LDH tăng, Billirubin GT tăng), tăng men gan và giảm tiểu cầu.
 - 15-20% hội chứng này không có tăng huyết áp, không có protein niệu.



Tăng HA mạn

- HA tâm thu $\geq 140\text{mmHg}$
- Và/hoặc HA tâm trương $\geq 90\text{mmHg}$ trước khi có thai, hoặc xảy ra trước tuần lễ 20 của thai kỳ và kéo dài sau 12 tuần hậu sản.



TSG trên nền tăng HA mạn

- Tăng HA trước tuần lễ 20
- Protein niệu (+) trước hoặc sau tuần lễ 20, cần phải tăng liều thuốc điều trị HA, tăng men gan đột ngột, giảm tiểu cầu, đau $\frac{1}{4}$ trên phải, sung huyết phổi hay phù phổi, giảm chức năng thận hoặc đột ngột tăng tiểu đạm



Tăng HA trong thai kỳ

- Tăng HA sau tuần lễ 20
- Protein niệu (-)
- Không có các dấu hiệu kể trên



XỬ TRÍ

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



XỬ TRÍ

TSG không dấu hiệu nặng

- ***Có thể theo dõi, điều trị ngoại trú.***
- ***Nhập viện, CDTK khi:***
 - Thai ≥ 37 tuần, *hoặc*
 - Nghi ngờ nhau bong non, *hoặc*
 - Thai ≥ 34 tuần và có bất kỳ triệu chứng sau:
- Chuyển dạ hoặc vỡ ối.
- SÂ 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.



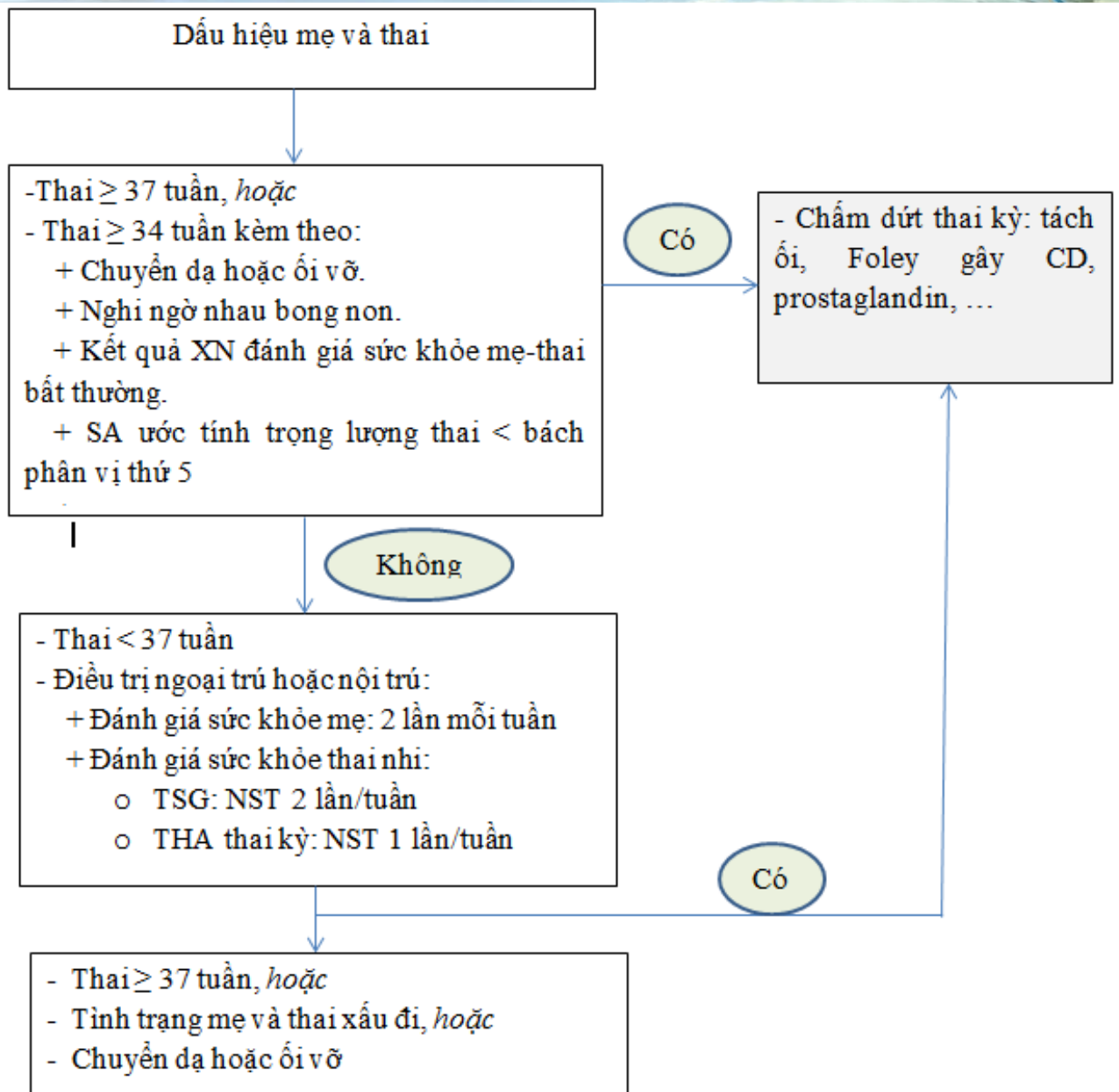
XỬ TRÍ

TSG không dấu hiệu nặng

- ***Nếu chưa có chỉ định CDTK, có thể theo dõi ngoại trú hoặc nội trú:***
 - Thai:
 - Đếm cử động thai.
 - SÂ Doppler: xác định có thai chậm tăng trưởng 2 tuần/lần và đánh giá lượng ối 1 tuần/lần.
 - NST: 1 lần/tuần nếu tăng HA thai kỳ, 2 lần/tuần nếu TSG.
 - Mẹ: T/d HA 2 lần/tuần, đạm niệu mỗi lần khám thai. XN: tiểu cầu, chức năng gan – thận mỗi tuần.
 - Chế độ ăn hợp lý (nhiều đạm, rau xanh, trái cây).
 - Tư vấn các dấu hiệu trở nặng: nhức đầu nhiều, nhìn mờ, đau thượng vị, thở nhanh.



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





XỬ TRÍ - TSG nặng

- Chấm 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).
 - ❖ SA Doppler ĐM rốn: mất hoặc đảo ngược sóng tâm trương.
 - ❖ Thai lưu.

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



XỬ TRÍ - TSG nặng

- Chích thuốc hỗ trợ phổi thai nhi khi thai ≤ 34 tuần.
- Tuy nhiên không chờ đợi đủ thời gian hỗ trợ phổi mà phải chấm dứt thai kỳ ngay khi có bất kỳ dấu hiệu sau:
 - tăng HA không kiểm soát được
 - sản giật,
 - phù phổi
 - nhau bong non
 - đông máu nội mạch lan tỏa
 - NST không đáp ứng
 - thai lưu.



XỬ TRÍ - TSG nặng

- 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 (≥ 2 lần giá trị bình thường)
 - Thai chậm tăng trưởng (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.



XỬ TRÍ - TSG nặng

- Đánh giá chuyển dạ sanh trong 24-48 giờ đầu
- Corticosteroids, ngừa co giật, hạ áp
- Siêu âm, biểu đồ tim thai, lâm sàng và các xét nghiệm

Sanh khi tình
trạng mẹ ổn định

Chống chỉ định tiếp tục điều trị mong đợi

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

Corticoid cho trưởng
thành phổi thai nhi
Sanh sau 48g

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

- Tuổi thai từ 33 tuần 5 ngày trở lên
- Các triệu chứng tồn tại
- Thai chậm tăng trưởng trong tử cung (dưới BPV thứ 5)
- Thiếu ôi nặng
- Đảo ngược sóng tâm trương động mạch rốn
- Chuyển dạ hay vỡ ối
- Rối loạn chức năng thận rõ



XỬ TRÍ - TSG nặng

Corticoid cho trưởng thành phổi thai nhi
Sanh sau 48g

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

- Tuổi thai từ 33 tuần 5 ngày trở lên
- Các triệu chứng tồn tại
- Thai chậm tăng trưởng trong tử cung (dưới BPV thứ 5)
- Thiếu ôi nặng
- Đảo ngược sóng tâm trương động mạch rốn
- Chuyển dạ hay vỡ ối
- Rối loạn chức năng thận rõ

Điều trị mong đợi

- 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
- Đánh giá sức khỏe mẹ - con mỗi ngày
- Sinh hiệu, các triệu chứng và xét nghiệm máu
- Hạ áp đường uống

SANH

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



XỬ TRÍ - Một số lưu ý

- Quyết định chấm dứt thai kỳ không dựa vào yếu tố đạm niệu.
- Chỉ định dùng thuốc hạ áp khi HA tâm thu ≥ 150 mmHg hoặc HA tâm trương ≥ 100 mmHg.

Theo dõi:

- Me:
 - Sinh hiệu mỗi giờ / lần.
 - Bilan dịch vào và ra mỗi 8 giờ / lần.
 - Dấu hiệu chuyển dạ.
 - Xét nghiệm bilan tiền sản giật mỗi 1-2 ngày.
- Thai:
 - Đếm cử động thai, NST mỗi ngày.
 - Theo dõi biểu đồ cân nặng thai và doppler ĐM rốn mỗi tuần.
 - Phương pháp chấm dứt thai kỳ: tùy tuổi thai, ngôi thai, cổ tử cung, tình trạng mẹ - thai



Sản giật

- Liều tấn công 3-4,5g tiêm TM, sau đó duy trì truyền TM 1-2g/giờ ít nhất trong 24 giờ sau sanh.
- Chấm dứt thai kỳ khi tình trạng nội khoa ổn định, không chờ đợi đủ thời gian tác dụng của thuốc hỗ trợ phổi thai nhi.



Hội chứng HELLP

- Chấm dứt thai kỳ ngay khi có chẩn đoán xác định
 - hội chứng HELLP đối với thai ≥ 34 tuần
 - hoặc thai < 34 tuần có dấu hiệu nặng lên:
 - đông máu nội mạch lan tỏa
 - nhồi máu hay xuất huyết trong gan
 - phù phổi
 - suy thận
 - nhau bong non
 - NST không đáp ứng
- Không chờ đợi đủ thời gian tác dụng của thuốc corticoid hỗ trợ phổi thai nhi.
- Thai < 34 tuần, tình trạng Mẹ - Thai ổn định, có thể theo dõi 24 – 48 giờ để chờ đợi đủ thời gian sử dụng corticoid hỗ trợ phổi.



Magnesium sulfate



Dự phòng và chống co giật trong TSG nặng, HC HELLP, sản giật

- Magnesium sulfate có thể tiêm tĩnh mạch, tiêm bắp hoặc truyền tĩnh mạch liên tục.
- Liều tấn công: 3 - 4,5g Magnesium sulfate 15% /50ml dung dịch tiêm tĩnh mạch từ 15-20 phút (tùy thuộc cân nặng của thai phụ, tiền căn sử dụng Magnesium sulfate).
- Duy trì 1- 2g /giờ truyền TM. Pha 6g Magnesium sulfate 15% vào chai Glucose 5% 500ml truyền TM XXX giọt/ phút.
- Tiêm bắp gián đoạn: tiêm bắp sâu mỗi giờ 1g hoặc mỗi 4 giờ 5g, thêm Lidocain 2% để giảm đau.



Magnesium sulfate



Dự phòng và chống co giật trong TSG nặng, HC HELLP, sản giật

- Bơm tiêm điện: pha 6g Magnesium sulfate 15% + 2ml nước cất pha tiêm, bơm tiêm điện 7ml/giờ.
- Theo dõi các dấu hiệu: phản xạ gân xương (có), nhịp thở (>16 lần/phút), lượng nước tiểu (>100ml/ 4 giờ).
- Đo nồng độ Mg huyết thanh khi cần thiết và điều chỉnh liều duy trì để giữ được nồng độ Mg 4- 7mEq/L (4,8-8,4mg/dL, 2-3,5 mmol/L).
- Magnesium sulfate dùng trước, trong và duy trì tối thiểu 24 giờ sau sinh.
- Nguy cơ BHSS.
- Giảm dao động nội tại tim thai.



Ngộ độc Magnesium sulfate

- **Liên quan nồng độ Magnesium/huyết thanh:**
 - 9,6 – 12mg/dl (4,0 – 5,0 mmol/L): mất phản xạ gân xương.
 - 12 – 18 mg/dl (5,0 – 7,5 mmol/L): liệt cơ hô hấp.
 - 24 – 30 mg/dl (10 – 12,5 mmol/L): ngưng tim
- **Xử trí ngộ độc Magnesium sulfate**
 - Ngừng Magnesium sulfate.
 - Thuốc đối kháng: Calcium gluconate 10% 10ml, tiêm TM 1g trong 10 phút.
 - Đặt nội khí quản và thông khí để cứu sống bệnh nhân nếu có suy hô hấp, ngưng thở.



Thuốc hạ HA

- Chỉ định
 - Khi HA tâm thu ≥ 150 mm Hg hay
 - HA tâm trương ≥ 100 mm Hg.
- 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 – 150mm Hg.
 - HA tâm trương ở mức 80 – 100mm Hg.
- 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



Labetalol

- Tấn công: bắt đầu 10-20 mg TM, cách 20-30 phút sau đó TM 20 đến 80mg. Tổng liều tấn công để hạ áp <300 mg. Ví dụ: TM 20mg, tiếp theo 40 mg, 80mg, tiếp 80mg.
- Có thể truyền TM 1mg - 2mg/phút. HA sẽ hạ sau 5-10 phút và kéo dài từ 3-6 giờ.
- Duy trì (khi HA ổn định): Labetalol (uống): 100-200mg x 2-3 lần/ ngày, liều tối đa 1200mg/24 giờ.
- CCĐ: suyễn, bệnh tim, suy tim sung huyết.



Hydralazine

- Cách dùng:
 - Tiêm TM 5mg hydralazine/1-2 phút, sau đó 5- 10mg mỗi 20-40 phút. Hoặc TTM 0,5-10 mg/giờ.
 - Nếu tổng liều 30 mg không kiểm soát được HA nên chuyển thuốc khác.
 - HA sẽ hạ sau 10-30 phút và kéo dài từ 2-4 giờ.
- Hydralazine được chứng minh có hiệu quả trong phòng ngừa xuất huyết não.



Nicardipin

- Ống 10mg/10ml pha với 40ml nước cất hoặc Glucose 5%.
- Tấn công: 0,5-1 mg (2,5-5ml) tiêm tĩnh mạch chậm.
- Duy trì bơm tiêm điện 1-3mg/ giờ (5-15 ml/giờ). Nếu không đáp ứng sau 15 phút tăng 2,5mg/giờ tối đa 15mg/giờ



Nicardipin

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 / 1 giờ

HUYẾT ÁP TÂM THU < 180 mmHg hay
HUYẾT ÁP TRUNG BÌNH < 140 mmHg
ĐIỀU TRỊ DUY TRÌ
• NICARDIPINE IV: 1 - 3 mg / giờ
hay
• LABETALOL IV: 5 - 20 mg / giờ

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

HA TÂM THU < 140 mmHg
HA TÂM TRƯỞNG < 100 mmHg
Giảm liều và ngưng điều trị

140 < HA TÂM THU < 160 mmHg
100 < HA TÂM TRƯỞNG < 120 mmHg
Điều trị duy trì
Nicardipine IV: 1 - 3 mg / giờ, hay
Labetalol IV: 5 - 20 mg / giờ

HA TÂM THU > 160 hay
HA TÂM TRƯỞNG > 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



Thuốc hạ HA

- ***Nifedipine***

- Uống 10-20mg, lặp lại sau 30phút nếu cần.
Sau đó duy trì 10-20mg mỗi 6-8 giờ
- Tác dụng phụ: nhịp tim nhanh, nhức đầu

- ***Methyldopa:***

- Methyldopa 250mg, uống 1-2v/lần x 2-3 lần/ngày, liều tối đa 3g/ngày

- ***Thuốc lợi tiểu***

- Chỉ dùng khi: Có triệu chứng dọ phù phổi cấp và phù phổi cấp.
- Furosemide (Lasix) 1 ống 20mg x 8 ống – tiêm tĩnh mạch chậm.
- Không dùng dung dịch ưu trương



• TIỀN 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.
- Tăng HA tồn tại càng lâu sau sinh, nguy cơ tăng HA mạn càng cao.

• PHÒNG NGỪA

- TSG sớm và phải CDTK trước 34 tuần, hoặc TSG nhiều thai kỳ → uống Aspirin liều thấp $\leq 81\text{mg/ngày}$ từ cuối tam cá nguyệt đầu.
- Canxi làm giảm mức độ nặng của TSG.



TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Phác đồ điều trị TSG 2015 – BV Từ Dũ
- Bài giảng sản phụ khoa (2007) tập 1. Nhà xuất bản Y học Tp. HCM, trang 462-479
- Preeclampsia: Clinical features and diagnosis, Up to date 21.2
- Hypertension in pregnancy. The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2013
- ACOG practice bulletin. Diagnosis and management of preeclampsia and eclampsia. *Obstet Gynecol.* 2002 Jan;99(1):159-67.
- 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)
- 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