Vi□t b□i Biên t□p viên
Th□ hai, 23 Tháng 6 2014 19:14 - L□n c□p nh□t cu□i Th□ ba, 24 Tháng 6 2014 07:06

Bs CKII Nguy□n Th□ Tuy□t - Khoa N□i TM

Tăng huy□t áp (THA) trong th□i k□ mang thai có th□ gây nh□ng h□u qu□ nghiêm tr□ng cho m□ và con, và là m□t trong nh□ng nguyên nhân chính d□n đ□n t□ vong m□ và con chu sinh □ các n□□c phát tri□n. Tăng huy□t chi□m 6 đ□n 8 % □ ph□ n□ mang thai. Bình th□□ng □ ph□ n□ mang thai huy□t áp không thay đ□i trong 3 tháng đ□u, gi□m nh□ trong 3 tháng gi□a và tr□ v□ tr□ s□ ban đ□u ho□c tăng nh□ trong 3 tháng cu□i.



Phát hi□n THA trong thai k□ là m□t trong nh□ng khía c□nh chính c□a chăm sóc ti□n s□n, do đó đo HA chính xác là r□t c□n thi□t. Huy□t áp k□ th□y ngân v□n đ□□c khuy□n cáo s□ d□ng đ□ đo HA □ ph□ n□ có thai. Huy□t áp th□□ng đ□□c đo □ t□ th□ ng□i, nh□ng t□ th□ n□m nghiêng trái là s□ thay th□ thích h□p, đ□c bi□t trong khi sinh.

Theo WHO và tr□□ng môn ph□ s□n Hoa K□, tăng huy□t áp thai nghén đ□□c xác đ□nh khi HATT

≥140mmHg và ho□c HATTr ≥ 90 mmHg. Tăng huy□t áp n□ng khi HATT ≥170 và/ho□c HATTr ≥ 110 mmHg

1. Ch□n đoán và phân lo□i:

T□t c□ các tr□□ng h□p THA □ ph□ n□ có thai đ□u có nguy c□ ti□n tri□n thành ti□n s□n gi□t. Vì v□y các thai ph□ tăng huy□t áp c□n ph□i đ□□c theo dõi ch□t ch□. Tăng huy□t áp trong thai nghén đ□□c phân lo□i nh□ sau:

B□ng 1-Phân lo□i b□nh nhân THA có thai.

TT	Loại	Đặc điểm
1	THA mãn tính	+HATT ≥140mmHg và hoặc HATTr ≥ 90 mmHg phát hiện trước khi có thai hoặc trước 20 tuần mang thai. +Tồn tại >12 tuần sau đẻ.
2	THA thai nghén	+THA không kèm Protein niệu sau 20 tuần thai. + Có thể là giai đoạn đầu của tiền sản giật. + Nếu nặng có thể dẫn đến đẻ non hoặc thai kém phát triển.
3	Tiền sản giật	+ HATT ≥140mmHg và hoặc HATTr ≥ 90 mmHg kèm theo có Protein niệu (>300 mg /24h) sau 20 tuần mang thai. + Có thể tiến triển thành sản giật. + Thường gặp ở phụ nữ vô sinh, mang thai nhiều lần, tiền sử trong gia đình bị tiền sản giật. THA ở các lần mang thai trước, người có bệnh thận.
4	THA mãn tính biến chuyển thành tiền sản giật	+ Mới xuất hiện Protein niệu sau 20 tuần thai ở bn có THA từ trước. +THA và Protein niệu trước 20 tuần thai. + Protein niệu tăng đột ngột gấp 2- 3 lần. + HA tăng cao đột biến. + Tăng men gan.
5	THA thoáng qua	+ Chẩn đoán hồi cứu. + HA trở về bình thường trong vòng 12h sau đẻ. + Yếu tố tiên lượng THA trong tương lai.

Thuốc	Khuyến cáo sử dụng
Methyldopa	Lựa chọn hàng đầu (do đã có các nghiên cứu dài hạn về an toàn của thuốc).
Chẹn Beta giao cảm	Nhóm này đặc biệt là Atenonol và Metopronol nhìn chung là an toàn và hiệu quả ở 3 tháng cuối của thai kỳ. Tuy nhiên có báo cáo về tác dụng làm chậm phát triển thai nhi nếu sử dụng sớm (3 tháng đầu hoặc 3 tháng giữa của thai kỳ).
Labetalol	Hiệu quả ha áp tương đương Methyldopa.
Giãn động mạch	Hydralazine thường được sử dụng phối hợp với Methyldopa và chen beta giao cảm.
Chẹn kênh canxi	Các báo cáo hiện cho thấy không làm tăng nguy cơ quái thai Nhóm này đặc biệt là Nifedipin khi phối hợp với Mage sulphát có thể làm giảm nhanh huyết áp gây tụt huyết áp. Nên được sử dụng trong kiểm soát tăng huyết áp nặng khi sổ thai.
Nitropusside (chỉ sử dụng khi các thuốc khác thất bại)	0, 25 Mg/kg/min tối đa 5Mg/kg/min Nếu sử dụng > 4 h có thể gây ngộ độc xyanua cho thai

Thuốc	Chống chỉ định
Ức chế men chuyển	Chống chỉ đinh do gây suy thận cho trẻ sơ sinh khi mẹ dùng thuốc
Thuốc lợi tiêu	Có thể dùng ở giai đoạn trước khi sinh cho nhóm THA mãn tính.Tuy nhiên lợi tiểu cần chống chỉ định dùng ở nhóm tiền sản giật do các bệnh nhân này có nguy cơ cao bị giảm thể tích