

Bs Trần Lâm -

Các rủi ro của tăng huyết áp (THA) thai kỳ xảy ra khá phổ biến, ảnh hưởng đến 5%-10% tổng số phụ nữ mang thai trên toàn thế giới. Chỉ riêng ở Mỹ, các rủi ro của bệnh này xuất hiện ở 912 / 10.000 phụ nữ mang thai. Các rủi ro của THA trong thai kỳ là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong mẹ và chu sinh trên toàn thế giới. Tỷ lệ tính tử sản giật (TSG) xảy ra ở 2 - 8% tổng số phụ nữ mang thai trên toàn cầu. Ở châu Mỹ Latinh và vùng Caribe, các rủi ro của THA là nguyên nhân gây ra gần 26% tổng số tử vong mẹ; trong khi ở châu Phi và châu Á, chúng đóng góp từ 9% tử vong. Mặc dù tỷ lệ tử vong mẹ thấp hơn nhiều so với các nước thu nhập cao so với các nước đang phát triển, nhưng 16% tổng số tử vong mẹ có thể được quy cho các rủi ro của THA.



Chẩn đoán tăng huyết áp trong thai nghén

- Tăng huyết áp (THA) được xác định khi HA tâm thu ≥ 140 mmHg và / hoặc HA tâm trương ≥ 90 mmHg.
- Nên đo lại HA để xác nhận THA theo các số: Nếu THA nặng (HA tâm thu ≥ 160 và / hoặc HA tâm trương ≥ 110 mmHg) nên đo lại HA trong vòng 15 phút. Đối với THA ít nghiêm trọng hơn, nên đo lại HA nhiều lần trong hơn vài giờ.
- Nên sử dụng máy đo huyết áp tĩnh mạch. Nếu không có sẵn, có thể sử dụng máy đo HA tự động đã hiệu chuẩn thích hợp.

I. Phân loại các risk factors tăng huyết áp trong thai nghén

Theo ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists - Trường môn bác sĩ sản-phụ khoa Mỹ), các risk factors THA thai kỳ được phân thành 4 loại: tiền sản giật / sản giật, THA thai kỳ, THA mãn, và tiền sản giật trên nền THA mãn.

Còn theo Khuyến cáo của ISSHP (International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy- Hiệp hội quốc tế nghiên cứu tăng huyết áp trong thai nghén), các risk factors THA thai nghén được phân loại như sau:

1. Tăng huyết áp có trước khi mang thai hoặc xuất hiện trong 20 tuần đầu của thai kỳ, bao gồm:

- Tăng huyết áp mãn (chronic hypertension): nguyên phát hoặc thứ phát
- Tăng huyết áp áo choàng trắng (white-coat hypertension),
- Tăng huyết áp ẩn (masked Hypertension)

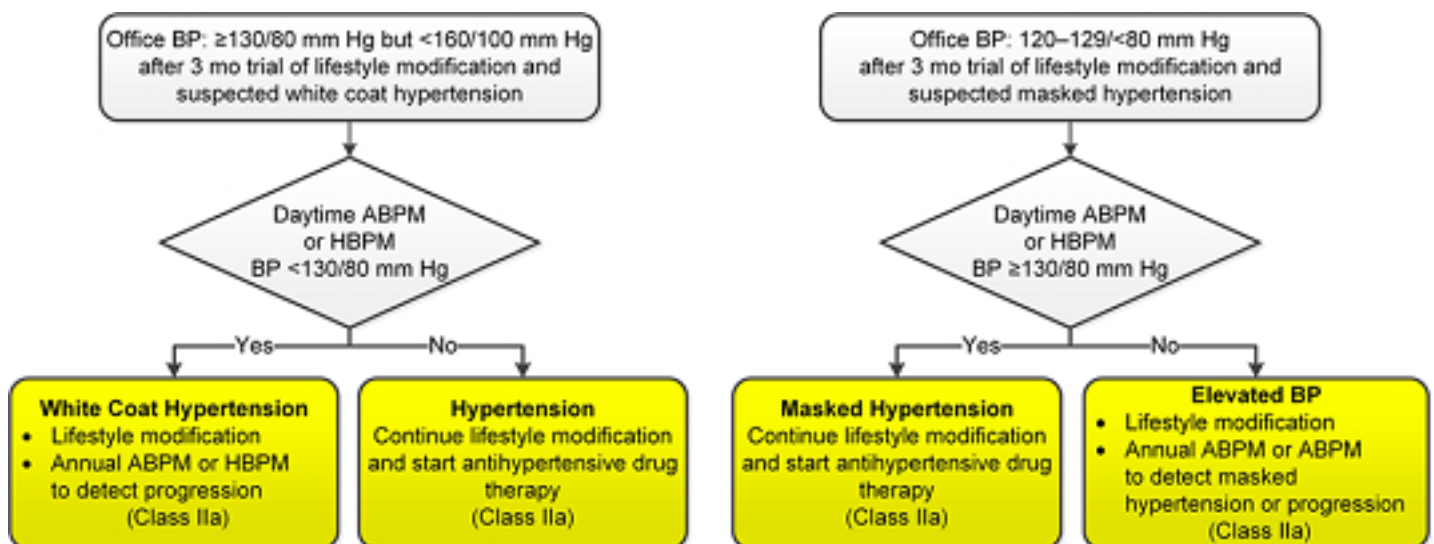
2. Tăng huyết áp mới xuất hiện ≥ 20 tuần thai, bao gồm:

- Tăng huyết áp thai kỳ thoáng qua (transient gestational hypertension)
- Tăng huyết áp thai kỳ (gestational hypertension), và
- Tiền sản giật (pre-eclampsia): xuất hiện đến đỉnh hoặc trên nền THA mãn.
- Sản giật (eclampsia)
- Hội chứng HELLP (tan máu, tăng men gan, tiểu cầu thấp).

a. Tăng huyết áp mãn: THA trở lại khi mang thai hoặc trước 20 tuần thai. Lưu ý, mức HA bình thường ngay lập tức đo đầu tiên vào cuối 3 tháng đầu có thể phản ánh sự sụt giảm sinh lý của HA so với ban đầu. Trong những trường hợp này, có thể tìm thấy THA mãn tính che giấu bởi sự sụt giảm sinh lý này.

b. THA áo choàng trắng: HA đo ở phòng khám / buồng bệnh $\geq 140/90$ mmHg, nhưng bình thường lúc đo ở nhà hoặc nơi làm việc ($<135/85$ mmHg). Có đến 1/4 bệnh nhân được chẩn đoán THA áo choàng trắng từ phòng khám / phòng bệnh. Đây không phải là một tình trạng hoàn toàn lành tính và có thể làm tăng nguy cơ TSG. Lý tưởng nhất là nên đo xác nhận bằng phương pháp theo dõi HA liên tục 24 giờ (ABPM) hoặc theo dõi tại nhà (HBPM), hoặc ít nhất là đo lặp lại trong nhiều giờ tại cùng một hoặc hai lần thăm khám tiếp theo, và nên đo để điều chỉnh / nếu cần thay vì bác sĩ.

c. THA ẩn: là một dạng khác của THA mãn tính, đặc trưng bởi HA bình thường từ phòng khám / buồng bệnh, nhưng tăng cao vào những thời điểm khác. Tốt nhất nên đo chẩn đoán bằng ABPM hoặc HBPM. Những người phải tiếp tục theo dõi để chẩn đoán như vậy khi một bệnh nhân có những bất thường không giải thích được và phù hợp với tình trạng lâm sàng quan trọng do THA nhưng lại không có THA rõ ràng (ví dụ, bệnh nhân mãn tính không giải thích được, phải điều trị trái hoặc bệnh võng mạc được nhận biết sớm trong thai kỳ).



Hình 1: Hướng dẫn phát hiện THA áo choàng trắng và THA ẩn

d. THA thai kỳ thoáng qua: là THA mới, thường xuất hiện trong 3 tháng giữa hoặc cuối, và HA giảm dần trong các lần đo sau mà không cần điều trị. Khác với THA áo choàng thường, mà theo định nghĩa phải xuất hiện trước hoặc sớm nhất khi mang thai. THA thai kỳ thoáng qua không phải là một rối loạn lành tính; nó liên quan với khoảng 20% nguy cơ xuất hiện TSG và 20% nguy cơ xuất hiện THA thai kỳ thật sự. Do vậy, những sản phụ này nên được theo dõi trong suốt thai kỳ cả hai, lý tưởng là bằng HBPM.

e. THA thai kỳ: THA mới xuất hiện ≥ 20 tuần thai kỳ phụ nữ trước đây có HA bình thường, không có protein niệu. THA thai kỳ không phải là một tình trạng hoàn toàn lành tính. Nguy cơ biến chứng phụ thuộc vào tuổi thai lúc nó xuất hiện. THA thai kỳ quan trọng vì TSG có thể xuất hiện ở 25% trường hợp, tỷ lệ này cao hơn khi THA xuất hiện sớm hơn.

Lưu ý, khi một người phụ nữ có biểu hiện THA trong thai nghén / sau 20 tuần thai mà không rõ HA nền trước đó là bao nhiêu thì nên được xem xét như THA thai kỳ hoặc TSG. Việc đánh giá thích đáng nên được thực hiện sau khi sinh để xác định liệu sản phụ có bị THA mãn hay không. Điều này thường sẽ rõ ràng vì HA sẽ không bình thường hóa trong vòng 3 tháng sau sinh.

f. Tiền sản giật (TSG): TSG là THA thai kỳ mới khởi phát ≥ 20 tuần thai kỳ một phụ nữ trước đây có HA bình thường, kèm theo ≥ 1 tình trạng sau:

- Protein niệu ($\geq 0,3$ g protein / nồng độ tiểu 24 giờ), hoặc tỷ lệ protein / creatinine nồng độ tiểu $\geq 0,3$ mg / dL, hoặc que thử nồng độ tiểu đường tính 2+ (chẩn đoán sơ đoán dựa vào các phương pháp chẩn đoán khác không có sẵn).

Theo ISSHP, protein niệu không cần thiết cho chẩn đoán TSG nếu nó xuất hiện trong khoảng 75% trường hợp TSG. Protein niệu nặng (> 5 g / 24 giờ) liên quan với kết cục sinh non hơn.

- Rối loạn chức năng cơ quan khác cả mẹ, bao gồm:

- Tăng nồng độ creatinine huyết thanh ≥ 90 μ mol/ L hoặc $\geq 1,1$ mg/ dL, hoặc tăng gấp đôi trong trường hợp không có bệnh thận khác.

Chẩn đoán tăng huyết áp ở phụ nữ mang thai

Viết bởi Biên tập viên

Thứ 03, 03 Tháng 6 2020 18:28 - Lần cập nhật cuối Thứ 03, 03 Tháng 6 2020 18:39

- Phù phổi
- Tăng nồng độ gan (nồng độ các transaminase trong máu >40 IU/L hay tăng gấp đôi nồng độ bình thường) kèm có hoặc không đau ở 1/4 trên phải của bụng hoặc vùng thượng vòm),
- Các biến chứng thận kinh (sụt giảm, thay đổi trạng thái tâm thần, mù, đột quỵ, tăng triglycerid, đau đầu trầm trọng, ám đốm thị giác dai dẳng),
- Các biến chứng huyết học (giảm tiểu cầu < 100.000-150.000 x10⁹/L, đông máu nội mạch rải rác, tan máu).
- Rối loạn chức năng tim- mạch (huyết áp tăng trạng thái thai nhi, dòng sóng Doppler động mạch rốn bất thường, hoặc thai chết lưu).

- Acid uric huyết thanh không phải là một tiêu chuẩn chẩn đoán cho TSG, nồng độ tăng nồng độ acid uric trong thời gian mang thai liên quan đến kết cục xấu hơn của mẹ và thai.

Các yếu tố nguy cơ của TSG là: tiền sản giật, đa thai, TSG ở lần mang thai trước, THA mãn tính, bệnh tiểu đường thai kỳ, hội chứng tăng đông, bệnh tim mạch, BMI trước mang thai ≥ 30, hội chứng kháng thể kháng phospholipid, tuổi mẹ ≥ 35 tuổi, khoảng cách mang thai > 10 năm, bệnh thận, sử dụng công nghệ hỗ trợ sinh sản, nồng độ khi ngửi do tác dụng, tiền sản giật có TSG, đa thai.

TSG liên quan trọng vì sản phụ bị TSG tăng 71% nguy cơ tử vong tim mạch, tăng 2,5 lần nguy cơ mắc bệnh mạch vành và tăng 4 lần nguy cơ suy tim so với nhóm đoàn hệ bình thường.

Do vậy, các ISSHP, ACOG và các Hội y học khác đều thống nhất cho rằng TSG có thể trở thành mối đe dọa nghiêm trọng cho mẹ và bé bất kể giai đoạn nào, và việc phân loại thành TSG "nhẹ" hoặc "nặng" có thể không đúng hoặc gây hiểu lầm cho các bác sĩ lâm sàng ít kinh nghiệm. Do vậy, ACOG đã loại bỏ chẩn đoán "TSG nhẹ" và thay vào đó là "TSG có hoặc không có các đặc điểm nghiêm trọng", đây là một tiếp cận lâm sàng hợp lý.

g. Tăng huyết áp mãn tính + Tiền sản giật: TSG xuất hiện trên nền THA mãn tính.

- Khoảng 25% sản phụ THA mãn tính xuất hiện TSG, thời kỳ này có thể cao hơn những phụ nữ có bệnh thận.
- Chẩn đoán đặc biệt khi một sản phụ bị THA mãn tính xuất hiện bất kể rối loạn chức năng nào phù hợp với TSG.
- Trong trạng thái hợp không có protein niệu trước đó, protein niệu mới khi phát trong bệnh

cảnh THA mãn là để để chẩn đoán TSG chuyển lên THA mãn.

- Ở những phụ nữ mắc bệnh thận có protein niệu, tăng protein niệu trong thai kỳ không để chẩn đoán TSG chuyển lên THA mãn.

Tài liệu tham khảo

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 202: Gestational Hypertension and Preeclampsia. Obstetrics & Gynecology. [2019;133:e1-e25](#).
2. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG practice bulletin no. 203. Chronic hypertension in pregnancy. Obstet & Gynecology. 2019;133:e26-e50.
3. [Ellen W. Seely](#), [Jeffrey Ecker](#) . Chronic Hypertension in Pregnancy. Circulation. 2014;129:1254–1261.
4. Committee on Hypertension in Pregnancy. Hypertension in Pregnancy. American College of Obstetricians and Gynecologists. 2013.
5. [Paul K. Whelton](#) , [Robert M. Carey](#) , [Wilbert S](#) , et al. 2017 ACC/AHA/AAPA /ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines.
6. [Maria Carolina Gongora, MD](#) , et al. Hypertension During Pregnancy and After Delivery: Management, Cardiovascular Outcomes and Future Directions. JACC. Sep 28, 2018.
7. Mark A. Brown, Laura A. Magee, et al. The International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy (ISSHP). The hypertensive disorders of pregnancy: ISSHP classification, diagnosis & management recommendations for international practice. Pregnancy Hypertension 13 (2018) 291–310.
8. [Stephanie Braunthal](#) , [Andrei Brateanu](#) . Hypertension in pregnancy: Pathophysiology and treatment. SAGE Journals. April 10, 2019
9. [Thomas Unger](#) , [Claudio Borghi](#) , [Fadi Charchar](#) , et al. 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. Hypertension. 2020;75:1334–1357.
10. Laxmi S. Mehta, Carole A. Warnes, Elisa Bradley, et al. Cardiovascular Considerations in Caring for Pregnant Patients. A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation. 2020;141:00–00.