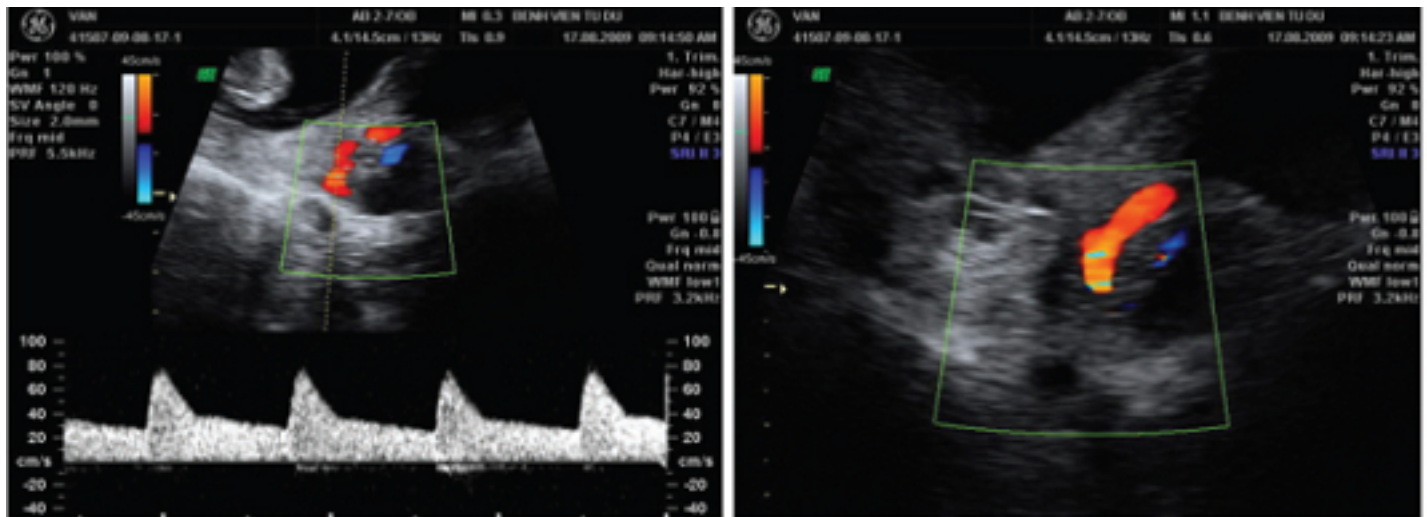


Bs CK1 Nguyễn Gia Hoàng Anh- Khoa Phổi Sản

Tiền sản giật (TSG) là một trong những vấn đề quan trọng trong sản khoa. Cùng với xuất huyết và nhiễm trùng, TSG là một trong ba nguyên nhân hàng đầu gây tử vong cho mẹ. Hiện nay, TSG vẫn còn là nguyên nhân có ít nhất 50.000 ca tử vong mẹ trên toàn thế giới mỗi năm (Papageorgiou, 2008). Không những gây nguy hiểm cho mẹ, TSG còn là một trong những nguyên nhân chính có thể sinh ra biến chứng nguy cơ có non tháng do việc phải chuyển thai sớm trên nền tảng mẹ bị suy dinh dưỡng. Theo WHO, TSG là nguyên nhân chính gây tử vong và biến chứng có mẹ và thai.



ĐM cung và dòng sống bình thường thai 11-13 tuần 6 ngày

Tần suất có TSG thay đổi tùy theo dân số nghiên cứu. Theo số liệu thống kê có Trung tâm Dự liu y khoa Quốc gia Anh (1998), tần suất TSG trong các thai kỳ có kết cục sinh sống là 3,7%. Tần suất TSG tại Châu Mỹ Latin cao hơn, khoảng 8-10% (Papageorgiou, 2008). Tại Đài Loan, tần suất có TSG khoảng 2,03% (Chen và cs., 1998). Tại Việt Nam, TSG cũng là một vấn đề nghiêm trọng và thường gặp trong thai kỳ. Theo Nguyễn Công và Phan Trọng Duy (1990), tần suất TSG là 5,26%. Theo Ngô Văn Tài (1999), tần suất TSG tại Bệnh viện Phổi Sản Trung ương là 4% (Phan Trọng Duy và Ngô Văn Tài, 1999). Theo báo cáo mới nhất của Bộ Y tế, TSG đứng thứ 2 trong 7 nguyên nhân trực tiếp gây tử vong mẹ với tỷ lệ là 21,3%.

Việc nhận diện sớm hơn nguy cơ biến tiền sản giật khi phát hiện sớm một lý thuyết sẽ cho phép chúng ta có khả năng giám sát chuyên sâu hơn hoặc áp dụng các biện pháp phòng ngừa để giảm bớt nguy cơ mắc bệnh nghiêm trọng.

I. TÌM SOÁT TIỀN SẢN GIẬT DẪN TRÊN YẾU TỐ BỆNH SƠ TIỀN CẢN

Theo kinh điển, việc tìm soát TSG được thực hiện trên tiền sản sản khoa (bản thân hay gia đình có TSG) và được tính cả tình trạng thai phụ như: chủng tộc, tuổi, chỉ số khối cơ thể BMI, con so hay con rưỡi, bệnh lý nội khoa đi kèm. Theo WHO, nguy cơ tử vong cao của TSG như: tiền căn thai kỳ trước có TSG, tiểu đường, cao huyết áp, bệnh thận, bệnh tim mạch và đa thai. Nếu thai phụ thuộc nhóm nguy cơ cao sẽ được đưa vào phòng bệnh aspirin liều thấp từ tuần thai sớm cho đến khi sinh. Tuy nhiên, không có bằng chứng khoa học nào cho thấy hiệu quả thực sự của các phương pháp sàng lọc này cũng như việc đưa vào aspirin liều thấp có tác dụng làm giảm tỉ lệ tử vong của bệnh lý này (Poon và cs., 2014).

II. TÌM SOÁT TIỀN SẢN GIẬT DẪN TRÊN CÁC ĐẶC TÍNH SINH LÝ (BIOPHYSICAL MARKER)

1. Huyết áp động mạch thai phụ

Thai kỳ TSG, triệu chứng cao huyết áp là hậu quả của sự mất cân bằng của các chất điều hòa mạch máu: tăng các chất co mạch và giảm các chất làm mạch giãn mạch máu. Dù triệu chứng cao huyết áp chỉ là triệu chứng thì phát hiện nó quan trọng vì chỉ điểm giai đoạn sớm của bệnh.

Một số nghiên cứu trước đây cho thấy việc tìm soát TSG dựa trên việc đo huyết áp động mạch thai phụ có hiệu quả tương đương với, thậm chí phát hiện trung bình khoảng 43% (dao động 5-100%) với tỉ lệ dương tính giả khoảng 16% (dao động 0-66%) (Yu và cs., 2005; Onwudiwe và cs., 2008; Kuc và cs., 2011).

2. Doppler dòng máu chồi cung

Chúng ta đã biết cơ chế sinh bệnh học chính của TSG là do suy giảm sự xâm nhập vào các nguyên bào nuôi của hệ thống mạch xoăn và thoát bào thai trong việc tái cấu trúc thành các mạch máu từ giai đoạn trao đổi tế bào nhau làm tăng trở kháng trong các dòng chảy. Sự bất thường này có thể đánh giá bằng kỹ thuật siêu âm Doppler màu dòng máu chồi cung (Onwudiwe và cs., 2008; Akolekar và cs., 2008; Kuc và cs., 2011; Napolitano và cs., 2011; Herraiz và cs., 2012).

Ở thai kỳ bình thường, trở kháng dòng máu chồi cung sẽ giảm theo tuổi thai nhưng trong các thai kỳ TSG và thai chậm tăng trưởng, chỉ số trở kháng sẽ tăng (Pilalis và cs., 2007; Napolitano và cs., 2011; Herraiz và cs., 2012).

Campbell S và cộng sự (1983) là người đầu tiên mô tả việc đo trở kháng dòng máu chồi cung ở quý II thai kỳ. Và từ đây, đã có rất nhiều nghiên cứu đánh giá chỉ số trở kháng dòng máu chồi cung ở quý II thai kỳ nhằm tìm ra các số phân loại có nguy cơ TSG. Các nghiên cứu này cho thấy các số phân loại có trở kháng trở dòng máu chồi cung tăng ($PI > 1,4$ hoặc phân vị thứ 95), thì tỷ lệ mắc (LR) tăng 6 lần trong khi trở kháng dòng máu chồi cung bình thường thì LR là 0,5 (Plasencia và cs., 2007; Papageorgiou, 2008).

Theo Onwudiwe và cộng sự (2008), tầm soát phân tích các yếu tố bệnh lý tiền căn của thai phụ với đo huyết áp dòng máu trung bình và siêu âm Doppler màu đo chỉ số PI dòng máu chồi cung ở thai 22-24 tuần có thể phát hiện 100% TSG khi phát hiện và 56,4% TSG khi phát hiện với tỷ lệ dương tính giả là 10% (Onwudiwe và cs., 2008). Tuy nhiên, việc điểu trị dự phòng TSG bằng canxi, antioxidant, vitamin ở quý II thì không có hiệu quả hoặc hiệu quả rất thấp với aspirin (10%) (Bujold và cs., 2010). Do vậy, tuy đây là một phương pháp sàng lọc tốt sẽ có hiệu quả rất cao nhưng không có giá trị một cách lâm sàng, vì không áp dụng được một liệu pháp điểu trị dự phòng có hiệu quả để làm giảm tỉ lệ sinh non. Do vậy, các nghiên cứu gần đây tập trung vào việc tầm soát TSG ở giai đoạn sớm hơn, trong quý I với mong muốn có thể giúp dự phòng sớm và có hiệu quả làm giảm tỉ lệ sinh non thất bại.

III. TẦM SOÁT TIỀN SỰNG CHUYỂN HÓA TRÊN CÁC DẤU HIỆU SINH HÓA (BIOCHEMICAL MARKER)

Có rất nhiều marker sinh hóa được dùng để tầm soát TSG. Dựa trên cơ chế sinh bệnh học của

TSG là do giảm sự xâm nhập của các nguyên bào nuôi vào hệ thống mạch xoăn, bánh nhau bằng xét nghiệm do thiểu máu nuôi sản xuất ra các chất làm rối loạn nội mô mạch máu, các yếu tố gây viêm, các yếu tố gây kích hoạt tiểu cầu và rối loạn chức năng gan thận của thai phụ. Do vậy, việc đo lường các chất này trong máu thai phụ có thể tiên đoán được nguy cơ TSG của thai phụ.

PAPP-A và PIGF là hai chất sinh hóa được nghiên cứu nhiều nhất và được nhiều nghiên cứu chứng minh là có giá trị cao trong việc tầm soát TSG quý I thai kỳ.

PIGF (Placental Growth Factor – yếu tố tăng trưởng bánh nhau) được tổng hợp trong các nhung mao của các nguyên bào nuôi. PIGF thuộc dòng hệ VEGF (Vascular Endothelial Growth Factor – yếu tố tăng trưởng nội mô mạch máu) là một protein tiền sinh mạch máu (proangiogenic protein) có liên quan trong việc điều hòa sự phát triển hệ thống mạch máu của bánh nhau và chức năng nội mô của mẹ trong suốt thai kỳ. Trong TSG, do sự suy giảm xâm nhập của các nguyên bào nuôi vào hệ thống mạch xoăn, bánh nhau bằng xét nghiệm do thiểu máu của mẹ sản xuất ra các chất chống lại sự tạo thành mạch máu (antiangiogenic) như sFlt-1 (soluble Fms-like tyrosine kinase-1) và sEng (soluble Endoglin). sFlt1 là đối kháng với PIGF vì sFlt sẽ gắn kết với PIGF, ngăn cản sự gắn kết bình thường của protein tiền sinh mạch máu này với receptor của mình. Do vậy trong TSG, nồng độ PIGF sẽ giảm và sFlt sẽ tăng (Savvidou và cs., 2008; Kuc và cs., 2011).

Theo nghiên cứu của Akolekar và cộng sự (2011), nếu chúng ta đưa nhận thu nhập vào một chất sinh hóa đơn giản thì PIGF có giá trị sàng lọc TSG khi phát hiện cao nhất: 53,5% với tỷ lệ dương tính giả là 5% và 65% nếu tỷ lệ dương tính giả là 10% (Akolekar và cs., 2011).

IV. TẦM SOÁT TIỀN SẢN GIỚI T: PHỐI HỢP SIÊU ÂM VÀ CÁC MARKER KHÁC

Việc nhận diện sớm các thai kỳ có nguy cơ TSG quý I là rất quan trọng vì không những giúp đưa ra một chế độ theo dõi một thai kỳ nguy cơ cao nghiêm ngặt hơn bình thường mà còn có thể áp dụng một liệu pháp điều trị sớm để phòng ngừa các biến chứng nghiêm trọng này. Các nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng gần đây đã chứng minh hiệu quả của việc phòng TSG, đặc biệt là TSG xuất hiện sớm bằng việc uống aspirin trước khi đi ngủ 16 tuần. Theo Bujoid và cộng sự (2010), việc điều trị dự phòng aspirin sớm có thể giảm được 50% xuất hiện TSG (Bujoid và cs., 2010). Đó là lý do trong khoảng 5-10 năm trở lại đây, các nghiên cứu tập trung vào việc sàng lọc TSG ở thời điểm quý I.

sát hãn, dự phòng nhằm mục đích cải thiện kết quả của thai kỳ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. ACOG (2013). Hypertension in pregnancy. Task Force on Hypertension in Pregnancy.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists (2013). Task Force on Hypertension in Pregnancy, author. Hypertension in pregnancy / developed by the Task Force on Hypertension in Pregnancy. Practice Guideline. WQ 244.
3. Brown CM, Garovic VD (2011). Mechanisms and management of hypertension in pregnant women. *Curr Hypertens Rep*; 13:338-346.
4. Magee LA, Abalos E, von Dadelszen P, Sibai B, Easterling T, Walkinshaw S (2011). How to manage hypertension in pregnancy effectively. CHIPS Study Group. *Br J Clin Pharmacol*; 72:394- 401.
5. Nabhan AF, Elsedawy MM (2011). Tight control of mild-moderate pre-existing or non-proteinuric gestational hypertension. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 7. Art. No.:CD006907. Doi: 10.1002/14651858. CD006907.
6. National Institute for Health and Clinical Excellence (2010). Hypertension in pregnancy: the management of hypertensive disorders during pregnancy. NICE Clinical Guideline 107. London: NICE. Available at: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg107>. Retrieved January 31, 2013.
7. Redman CW (2011). Hypertension in pregnancy: the NICE guide-lines. *Heart*; 97:1967-1969.
8. WHO (2011). Recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia [Online]. World Health Organization.
9. SOGC (2014). Diagnosis, evaluation and management of the hypertensive disorders of pregnancy. *Pregnancy Hypertension: An International Journal of Womens Cardiovascular Health*; 4:105-145.
10. USPSTF (2014). Low-dose aspirin use for the prevention of morbidity and mortality from preeclampsia. *Ann Intern Med*; 161(11):819-26. Doi: 10.7326/M14-1884.
11. Bùi Quang Trung, Hoàng Cao Cường (2014). Nguy cơ và biện pháp lâm sàng của tiền sản giật tái phát. *Y học sinh sản*; tập 32, tháng 11/2014.
12. Bộ môn Phụ sản trường Đại học y dược TP Hồ Chí Minh (2011). Rối loạn cao huyết áp trong thai kỳ, Bài giảng sản phụ khoa tập I, trang 462 – 477
13. Bộ Y tế, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa 2015, Tiền sản giật – sản giật, trang 15 – 18