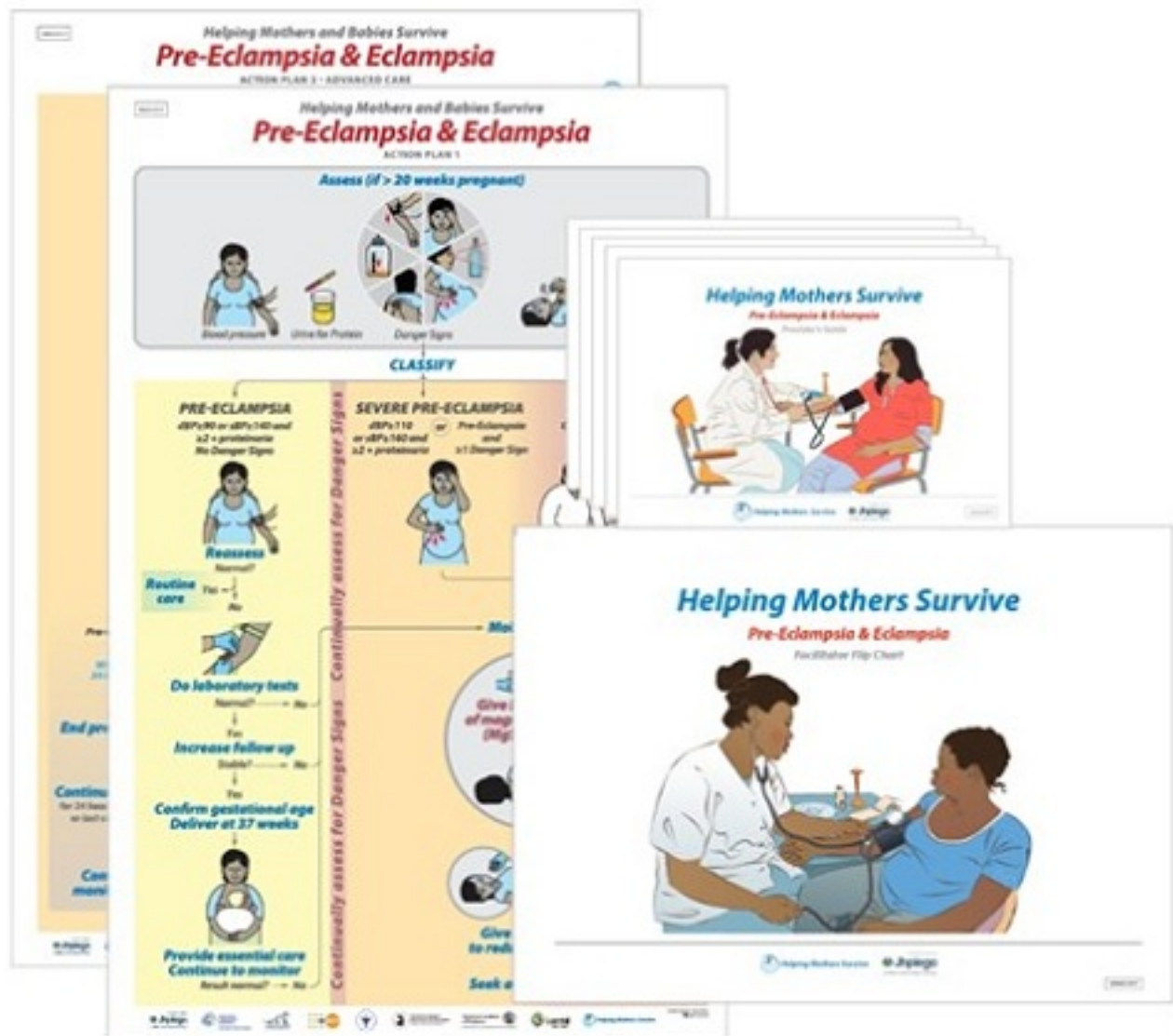


Bs Nguyễn Thị Kiều Trinh-Khoa Phẫu Sản

Tiền sản giật là một trong những dạng rối loạn huyết áp trong thai kỳ và đang có xu hướng gia tăng và hiện tại là một trong những nguyên nhân hàng đầu của tử vong mẹ và thai nhi. Các biến chứng liên quan đến mẹ bao gồm xuất huyết não, suy thận, suy gan, vỡ gan, phù phổi, hội chứng HELLP, sản giật, nhau bong non... với con bao gồm thai chết trong tử cung, sinh non, thai chết lưu trong tử cung...



2 / 9

Cập nhật hướng khuyến cáo của ACOG về tiền sản giật

Viết bởi Biên tập viên

Thật, 06 Tháng 6 2018 19:53 - Lần cập nhật cuối Thật sáu, 08 Tháng 6 2018 14:58

- $\geq 300\text{mg/}$ nồng độ tiểu u 24 giờ

Hoặc

-Protein/ creatinine $\geq 0,3$ (Protein và creatinine tính bằng đơn vị mg/dl)

-Que thử nồng độ tiểu u 1+ (chỉ số đáng kể khi không có sẵn các phương pháp định lượng khác trên)

Hoặc trong trường hợp protein niệu âm tính, tăng huyết áp mới khởi phát kèm theo bất kỳ dấu hiệu mới

Giảm tiểu cầu

$\geq 100.000/\text{mm}^3$

Suy thận

Creatinine huyết thanh $> 1,1\text{mg/dL}$ hoặc gấp đôi trở lại bình thường mà không kèm theo bất kỳ lý do nào

Suy giảm chức năng gan

Nồng độ men gan cao hơn 2 lần nồng độ bình thường

Phù phổi

Các rối loạn não bộ hay thay đổi giác mạc xuất hiện

Theo khuyến cáo mới này, Protein niệu không còn là tiêu chuẩn bắt buộc phải có trong chẩn đoán tiền sản giật. Tiền sản giật được chẩn đoán ngay khi không có Protein niệu niệu có tăng huyết áp và kèm theo một trong các triệu chứng: tiểu cầu giảm, suy thận, suy giảm chức năng gan, rối loạn não bộ hay thay đổi giác mạc xuất hiện. Protein niệu trong tiền sản giật được coi là biểu hiện triệu chứng của bệnh thận, là kết quả của tổn thương màng lọc cầu thận làm thay đổi tính thấm với protein và bắt đầu trong quá trình lọc protein. Việc sử dụng thêm phân nhóm không có Protein niệu là cần thiết trong thực hành lâm sàng để cảnh báo các nhà lâm sàng về những nguy cơ tiềm ẩn khi đi chẩn đoán và các tình huống nghi ngờ tiền sản giật, nhằm giúp thiết lập chẩn đoán nhanh hơn, từ đó chuyển đổi sang trong công tác điều trị.

2. Phân nhóm tiền sản giật theo mức độ của triệu chứng:

Khuyến cáo của ACOG 2013, tiền sản giật được phân làm 02 nhóm : tiền sản giật không có triệu chứng nặng và tiền sản giật có triệu chứng nặng nhằm không gây ra tâm lý hoang mang trong xử trí lâm sàng. Các nghiên cứu cho thấy ít có mối liên quan giữa nồng độ Protein niệu cao và kết cục thai kỳ.

Box 2: Tiền sản giật có triệu chứng nặng khi có bất kỳ một trong các dấu hiệu sau (ACOG 2013)

Huyết áp

HA max $\geq$ 160mmHg hoặc HA min $\geq$ 110mmHg trong 2 lần đo cách nhau ít nhất 4 giờ trong điều kiện

Cập nhật những khuyến cáo của ACOG về tiền sản giật

Viết bởi Biên tập viên

Thứ 6, 06 Tháng 6 2018 19:53 - Lần cập nhật cuối Thứ 6, 08 Tháng 6 2018 14:58

Giảm tiểu cầu

< 100.000 /mm³

Suy thận tiến triển

Creatinin huyết thanh > 1,1mg/dL hoặc gấp đôi trở lại bình thường mà không kèm theo bệnh lý thận này

Suy giảm chức năng gan

-Đau thường xuyên hay hồi sọ nặng phía đầu, kéo dài không đáp ứng với điều trị nội khoa, không có chấn thương

Phù phổi

Các rối loạn não bộ hay thay đổi giác mạc xuất hiện

-Hoa mắt, tầm nhìn bị hạn chế, có thể có máu võng mạc

-Đau đầu dữ dội, dai dẳng. ngày càng tăng khi dùng thuốc giảm đau

-Trên tình trạng thay đổi.

3. Khuyến cáo xử trí các trường hợp tăng huyết áp nặng, khi phát hiện trong thai kỳ và thời kỳ hậu sản theo ACOG 2017

- Điều trị huyết áp mức tiêu không phải là để đạt mức bình thường mà phải để giữ ở mức 140-150/ 90-100mmHg.
- Theo dõi sát tình trạng mẹ và thai trong quá trình điều trị cho người bệnh.
- Sau khi ổn định tình trạng khi điều trị, việc theo dõi tình trạng huyết áp cần tiếp tục phải luôn được duy trì ở mức bình thường.
- Labetalol và Hydralazine được khuyến cáo là lựa chọn đầu tay trong xử trí các tình huống tăng huyết áp nặng và cấp tính đối với phụ nữ mang thai và thời kỳ hậu sản.
- Uống Nifedipine phóng thích nhanh được khuyến cáo là lựa chọn đầu tay nếu có sẵn y tế không có thuốc truyền tĩnh mạch.
- Việc sử dụng Labetalol, Hydralazine truyền tĩnh mạch hay Nifedipine uống phóng thích nhanh không đòi hỏi theo dõi tình trạng tim mạch.

3.1 Xử trí ban đầu các trường hợp tăng huyết áp nặng trong chuyển dạ và trong thời kỳ hậu sản bằng Nifedipine uống phóng thích nhanh:

- Báo cho Bác sĩ nếu HA max $\geq$ 160mmHg hoặc HA min $\geq$ 110mmHg hoặc cả hai.

- Theo dõi sức khỏe thai nhi nếu chưa sinh trước khi sinh còn sống.
- Nếu HA tăng nặng hơn ≥ 15 phút hoặc hơn, sử dụng Nifedipine (10mg uống).
- Đo lại HA sau 20 phút và ghi nhận kết quả.
- Nếu HA mất trong hai hay cả hai vơn vơn tăng nặng, sử dụng Nifedipine (20mg uống). Nếu huyết áp dưới 160/110 mmHg, tiếp tục theo dõi sát tình trạng huyết áp.
- Đo lại HA sau 20 phút và ghi nhận kết quả.
- Nếu HA mất trong hai hay cả hai vơn vơn tăng nặng, Labetalol (40mg truyền tĩnh mạch trong 02 phút) và nếu cần thêm vơn vơn Bs tìm mạch hoặc hơn sử dụng cephalexin.
- Nếu tình trạng HA đã được cải thiện (HA dưới 150-160/ 90-100mmHg), đo HA lại sau 10 phút/ 1 giờ, sau đó mỗi 15 phút/ 1 giờ, tiếp tục sau đó mỗi 30 phút/ 1 giờ và mỗi giờ/ 4 giờ.

3.2 Xử trí ban đầu các trường hợp tăng huyết áp nặng trong chuyển dạ và trong thời kỳ hậu sản với Hydralazine

- Báo cho Bác sĩ nếu HA max ≥ 160 mmHg hoặc HA min ≥ 110 mmHg hoặc cả hai.
- Theo dõi sức khỏe thai nhi nếu chưa sinh trước khi sinh còn sống.

- N u HA tăng n ng t n i ≥ 15 phút ho c h n, s d ng Hydralazine (5mg ho c 10mg truy n TM trong h n 2 phút).

- Đo l i HA sau 20 phút và ghi nh n k t qu .

- N u HA m t trong hai hay c hai v n v t ng ng n ng, s d ng Hydralazin (10mg truy n tnh m ch trong h n 2 phút). N u HA d i ng ng n ng, ti p t c theo dõi tình tr ng HA.

- Đo l i HA sau 20 phút và ghi nh n k t qu .

- N u HA m t trong hai hay c hai v n v t ng ng n ng, s d ng Hydralazin (20mg truy n tnh m ch trong h n 2 phút). N u HA d i ng ng n ng, ti p t c theo dõi tình tr ng HA.

- Đo l i HA sau 20 phút và ghi nh n k t qu

- N u HA m t trong hai hay c hai v n v t ng ng n ng, s d ng Hydralazin (40mg truy n tnh m ch trong h n 2 phút) và h i ch n kh n v i chuyên khoa ho c đ n v h i s c c p c u.

- N u tình tr ng HA đã đ c c i thi n (tình tr ng HA đ t ng ng 130-150/ 90-100mmHg), đo HA l p l i sau m i 10 phút/ 1 gi , sau đó m i 15 phút/ 1 gi , ti p t c sau đó m i 30 phút/ 1 gi và m i gi / 4 gi .

3.3 X trí ban đ u các tr ng h p tăng huy t áp n ng trong chuy n đ và trong th i k h u s n v i Labetalol

- Báo cho Bác sĩ n u HA max ≥ 160 mmHg ho c HA min ≥ 110 mmHg ho c c hai.

- Theo dõi s c kh e thai nhi n u ch a sinh tr ng h p thai còn s ng.

- N u HA tăng n ng t n t i ≥ 15 phút ho c h n, s d ng Labetalol (20mg truy n TM trong h n 2 phút).

- Đo l i HA sau 10 phút và ghi nh n k t qu .

- N u HA m t trong hai hay c hai v n v t ng ng n ng, s d ng Labetalol (40mg truy n tnh m ch trong h n 2 phút). N u HA d i ng ng n ng, ti p t c theo dõi tình tr ng HA.

- Đo l i HA sau 10 phút và ghi nh n k t qu .

- N u HA m t trong hai hay c hai v n v t ng ng n ng, s d ng Hydralazin (10mg truy n tnh m ch trong h n 2 phút). N u HA d i ng ng n ng, ti p t c theo dõi tình tr ng HA.

- Đo l i HA sau 20 phút và ghi nh n k t qu

- N u HA m t trong hai hay c hai v n v t ng ng n ng, s d ng Hydralazin (40mg truy n tnh m ch trong h n 2 phút) và h i ch n kh n v i chuyên khoa ho c đ n v h i s c c p c u.

- N u tình tr ng HA đã đ c c i thi n (tình tr ng HA đ t ng ng 130-150/ 90-100mmHg), đo HA l p l i sau m i 10 phút/ 1 gi , sau đó m i 15 phút/ 1 gi , ti p t c sau đó m i 30 phút/ 1 gi và m i gi / 4 gi .

C p nh t t Tăng huy t áp thai k - Y h c sinh s n- Hosrem t p 46/ 2108.