

Hội chứng HELLP

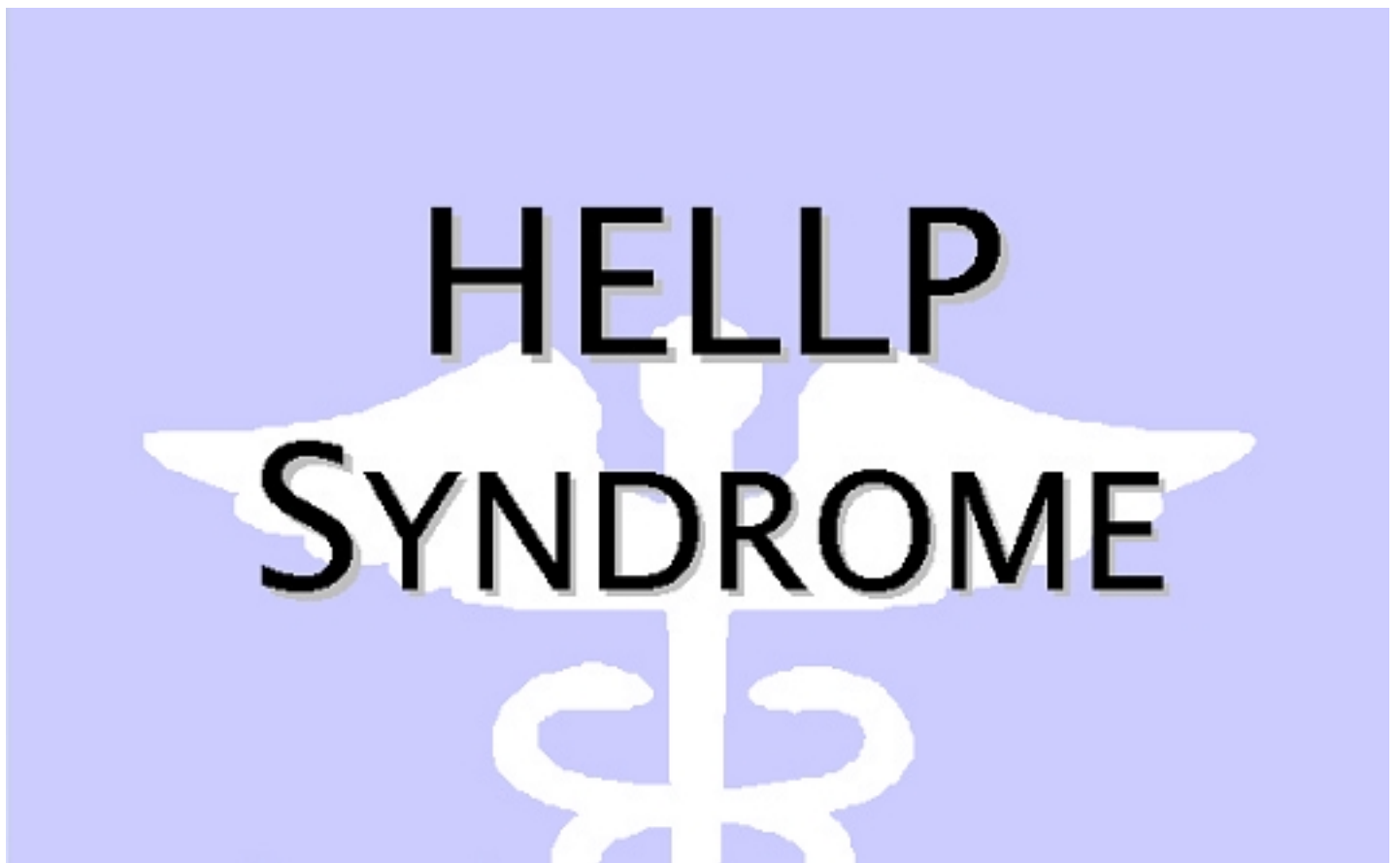
Viết bởi Biên tập viên

Thứ ba, 21 Tháng 1 2014 16:38 - Lần cập nhật cuối Thứ ba, 21 Tháng 1 2014 17:22

Bs Bùi Văn Duy Phúc - Khoa Sản

Hội chứng HELLP được Weinstein mô tả lần đầu tiên năm 1982, gồm 3 dấu chứng sinh hóa là: HEMOLYSIS- tán huyết, ELEVATED LIVER ENZYMES- tăng men gan, LOW PLATELET COUNT- tiểu cầu thấp.

Hội chứng HELLP xuất hiện mang tính cấp tính, chứng cấp, tăng nguy cơ kinh tế xã hội và đái tháo đường. HELLP biểu hiện trên các sản phẩm con số và con số. Bệnh thường diễn tiến nhanh và xảy ra biểu hiện chứng nặng có thể đe dọa tính mạng của các sản phẩm và thai nhi. Chẩn đoán chính xác và điều trị kịp thời làm cải thiện đáng kể bệnh suất và tử suất. Khoảng 70% trường hợp xảy ra trước sinh, phần lớn trong khoảng 27 – 37 tuần; phần còn lại trong vòng 48 giờ sau sinh.



I. Các triệu chứng biểu hiện bao gồm:

Thường có liên quan đến tiền sản giật và sản giật (4% - 12%) với các dấu chứng:

- Tăng huyết áp là một dấu hiệu để chẩn đoán, nhưng có thể chỉ tăng nhẹ,
- Phù (+/-) .
- Giảm tiểu niệu và tăng đờn (30%)
- Đau thượng vị hoặc hạ sườn phải (65%),
- Buồn nôn và nôn (50%),
- Cảm giác khó chịu (90%) và giảm nhẹ hội chứng nhiễm virus không đặc hiệu , một vài bệnh nhân có thể có tiểu máu hoặc chảy máu tiêu hóa.

Hội chứng HELLP có thể toàn phần hoặc bán phần. Theo tiêu chuẩn chẩn đoán của hội chứng phân loại Tennessee đối với hội chứng HELLP bao gồm :

- Tán huyết : Bớt tiểu trên phiến để lắng vi, tăng bilirubin $> 1,2\text{mg/dL}$ và tăng Lactic dehydrogenase (LDH) $> 600\text{ IU/L}$
- Tăng men gan với AST hoặc ALT $\geq 70\text{ U/L}$
- Tiểu cầu thấp $< 100.000/\text{mm}^3$.

Nhưng BN không có đủ những tiêu chuẩn trên được xem là hội chứng HELLP bán phần

- Martin và cộng sự đã phát triển hội chứng phân loại của Mississippi để phân loại bệnh nhân dựa trên số lượng tiểu cầu được dùng phổ biến ngày nay.

- Đ1: Tiểu máu tán huyết mao mạch, rối loạn chức năng gan, kèm theo tiểu cầu $< 50,000/\mu\text{L}$
- Đ2: Tiểu cầu $50,000 - \leq 100,000 / \mu\text{L}$
- Đ3: Tiểu cầu $100,000 - \leq 150,000/\mu\text{L}$.

Xét nghiệm cần làm:

Hội chứng HELLP

Viết bởi Biên tập viên

Thứ ba, 21 Tháng 1 2014 16:38 - Lần cập nhật cuối Thứ ba, 21 Tháng 1 2014 17:22

- Công thức máu: tìm thấy bạch cầu tiểu cầu.
- Số lượng tiểu cầu < 150.000/mm³, tiếp tục làm tiếp các xét nghiệm LDH, AST, Acid uric, protein/nồng độ tiểu cầu.

Chẩn đoán gián tiếp với một số bệnh bao gồm: đái tháo đường, bệnh gan trong thai kỳ, viêm ruột thừa, bệnh lý túi mật, viêm dạ dày ruột, hội chứng tan máu do tăng urê, bệnh não gan, Lupus ban đỏ, bệnh thận, huyết khối tĩnh mạch, hội chứng tan máu do virus, viêm gan virus.

Bệnh chứng của Hội chứng HELLP gây ra cho mẹ trong thai kỳ bao gồm: suy giảm các sản phẩm máu, đông máu rối loạn trong lòng mạch, tràn dịch màng phổi, suy thận cấp, nhau bong non, tràn dịch màng bụng, phù phổi, phù não, bong võng mạc, phù thanh quản, tụt máu động mạch bao gan, suy hô hấp cấp, tăng vồng mạch và thai. Điều trị nên dựa trên quan trọng là tìm sao bệnh thuyên giảm nhanh trong quá trình bệnh tiến triển, đó là một điều quan trọng mà các bác sĩ sản khoa cần chú ý.

II. Đánh giá và điều trị cho mẹ :

1. Điều trị bệnh (≥ 48 giờ) và nên chờ đợi một thời gian ngắn, nếu có thể để cân nhắc trong trường hợp hợp thai < 34 tuần và tình trạng bệnh.

2. Đình chỉ thai nghén:

- Trong tình huống thai còn quá non tháng (< 26 tuần), một số tác giả khuyến cáo nên trì hoãn đình chỉ cho thai phát triển thêm. Tuy nhiên, giới pháp này có một số nguy cơ gây đe dọa tính mạng của mẹ và con.

- Trường hợp hợp thai dưới 24 tuần, cần đình chỉ sớm nhất có thể ngay

- Chẩn đoán thai kỳ để có thể chẩn đoán hội chứng HELLP xảy ra sau tuần thai 34 hoặc tình trạng

thai nhi và/hoặc thai phôi bị đe dọa

3. Hội huyết áp: Giảm nhẹ trong các trường hợp tăng huyết áp cấp cứu khác, trong cơn tăng huyết áp do nhiễm độc thai nghén, huyết áp cơn được hạ xuống khoảng 10-15% còn số ban đầu trong một vài giờ đầu tiên

- Khi thai còn sống phải giữ HA tâm trương ở giới hạn 90-100 mmHg để tránh giảm tưới máu rau thai. Để đạt mức tiêu này, thuốc hạ huyết áp dùng đường tĩnh mạch, có tác dụng nhanh, ngắn, dễ điều chỉnh liều là cần. Thuốc đường uống sẽ được giới thiệu, thay thế thuốc truyền tĩnh mạch. Trong tình huống thai còn sống, cần cân nhắc các tác dụng phụ có hại của thuốc trên thai.

+ Nếu uất ức thuốc hạ dùng hydralazine, khi tiêm tĩnh mạch, hydralazine có tác dụng mạnh sau 5- 10 phút, kéo dài khoảng 12 giờ. Tuy nhiên, kết quả của các nghiên cứu gần đây cho thấy: tác dụng của hydralazin trong điều trị tăng huyết áp cấp cứu có một số điểm không phù hợp, do thời gian tác dụng quá dài có thể hạ huyết áp khó điều chỉnh.

+ Thuốc hạ huyết áp đang được ưa chuộng hiện nay là nicardipin truyền tĩnh mạch (Loxen, 10mg). Nicardipin là dẫn chất của nifedipine, thuốc có tác dụng sau tiêm tĩnh mạch 5 phút, kéo dài 4-5 giờ, có thể dùng liều 15mg/giờ.

+ Labetalol: bắt đầu 20mg tĩnh mạch, cách 10 phút sau đó tiêm tĩnh mạch 20 đến 80 mg, tổng liều <300mg. Ví dụ 20mg IV, tiếp theo 40 mg, 80mg, tiếp 80 mg. Có thể truyền tĩnh mạch 1mg-2mg/phút

- Chứng cholestasis trong thai kỳ:

- Nitropurosside
- Các chế men chuyển

3. Magne sulfat từ lâu đã được sử dụng để điều trị và phòng ngừa co giật có hại cho mẹ, tuy nhiên

Hỏi chuyên gia HELLP

Vị trí bài Biên tập viên

Thứ ba, 21 Tháng 1 2014 16:38 - Lần cập nhật cuối Thứ ba, 21 Tháng 1 2014 17:22

Clinical tác động của rõ ràng. Magnesium sulphate có thể tiêm tĩnh mạch, tiêm bắp, hoặc truyền tĩnh mạch liên tục

+ Liều dùng: 3- 4,5mg Magnesium sulphate 15%/ 50ml dung dịch tiêm tĩnh mạch từ 15 – 20 phút (tùy thuộc vào cân nặng của thai phụ, tiến hành cân số dung magnesium sulphate)

+ Duy trì 1-2 g/giờ truyền tĩnh mạch, pha 6g Magnesium sulphate trong 500ml dung dịch Glucose 5% truyền tĩnh mạch XXX giờ / phút

+Tiêm bắp sâu gián đoạn: tiêm bắp sâu mỗi giờ 1g hoặc mỗi 4 giờ 5g, thêm lidocain 2% để giảm đau

+ Bơm tiêm điện: pha 6g Magnesium sulphate 15% + 2ml nước cất pha tiêm, bơm tiêm điện 7ml / giờ

+ Theo dõi các dấu hiệu: phản xạ gân xương (có), nhịp tim (>16 lần/phút), lượng nước tiểu ($>100\text{ml}/4$ giờ)

+ Đo nồng độ Mg huyết thanh mỗi 12 giờ và điều chỉnh liều duy trì để giữ nồng độ Mg 4-7 mEq/L (4,8-8,4 mg/dL)

+ Magne sulphate dùng trước, trong và duy trì từ 12 giờ sau sinh

* Ngưỡng các magne sium sulfate: Liên quan nồng độ magnesium / huyết thanh

- 9,6-12md/dl (4,0 – 5,0 mmol/L) : mức phản xạ gân xương
- 12 – 18 mg/dl (5 – 7.5 mmol/L) : liệt cơ hô hấp
- 24 – 30 mg/dl (10 – 12,5 mmol/ l) : ngừng tim

- Xét trí nồng độ c Magnesium sulphate :

- Nồng độ Magnesium sulphate
- Thuốc để kháng : Calcium gluconate, tiêm tĩnh mạch 1g
- Đo t n i khí qu n và thông khí đ c u s n g b nh nh n u có suy hô h p, n g n g th

4. Đo u tr gi m ti u c u trong th c hành th n g ti u c u đ c truy n v i m c đích đ phòng ch y máu khi có can thi p ph u thu t, ho c đ ch huy. Li u th n g đ c dùng là 4-6đ n v /ngày, v i đ tính 1 đ n v ti u c u truy n s làm tăng ti u c u máu lên 5000-10000/ml kéo dài trong 4-5 ngày.

-Truy n máu ch nên b t đ u khi Hct là 22%; n u có m l y thai thì ph i truy n máu trong và giai đ n đ u sau khi m khi Hct là 25%.

-N u l n g ti u c u < 40.000/mm³ thì ph i truy n ti u c u ngay tr c khi m l y thai; còn n u đ sanh ng âm đ o thì ch truy n ti u c u khi l n g ti u c u < 20.000/mm³.

5. Đo u ch nh đ ch truy n là m t v n đ cân nh c b nh nh n ti n s n gi t . Truy n đ ch đ h n ch co m ch máu và b o v th n. Do tăng tính th m thành m ch; th tích tu n hoàn th n g b gi m (cô đ c máu) đ n đ n c n g catecholamin gây tăng huy t áp khó ki m soát, gi m t i máu th n. Tuy nhiên, n u bù nhi u đ ch thì có nguy c phù ph i c p. Vì v y đ ch truy n th n g đ c kh n g ch t c đ 100-150ml/gi , m c tiêu là n c ti u kho n g 30 – 40 ml/gi , theo dõi CVP, tình tr n g phù ph i.

6. Corticoide: Nên cho corticoid trong nh n g tr n g h p ti u c u < 100.000/mm³ ho c ti u c u > 100.000/mm³ nh n g kèm theo đau th n g v , s n gi t, cao huy t áp n n g; nên ti p t c cho sau sanh vì nó giúp các k t qu xét nghi m tr v b nh th n g nhanh chóng h n. Li u là Dexamethasone 10mg IV/12 gi .

Các xét nghi m nên l p l i m i 12 – 24 gi . Xét nghi m theo dõi t t nh t là s l n g ti u c u, LDH và acid uric. Tuy nhiên có tác gi cho n g protein ni u và acid uric không có giá tr nhi u trong h i ch n g HELLP.

* Chú ý:

- Bệnh nhân bị hội chứng HELLP nếu có đau ¼ trên phải, đau vai hay đau cổ thì nên xem có vỡ hay xuất huyết trong gan không?
- Truy n tim ở cấp độ phòng không làm giảm nguy cơ xuất huyết và không làm tăng nhanh lượng tim ở cấp độ bình thường.
- Các yếu tố tiên lượng xấu:
 - CLS: TC < 50.000/mm³; LDH > 1400UI/L; ALT >100UI/L; AST >150 UI/L; Creatinine >1; Acid uric > 7,8.
 - Lâm sàng: đau thượng vòm, buồn nôn, nôn ói, sốt, cao huyết áp nặng, nhau bong non.

III. Chăm sóc hậu sản, hậu phẫu

- Theo dõi các xét nghiệm trở về bình thường bắt đầu 48 giờ sau sinh và đa số về bình thường sau 72 giờ.
- Các bệnh nhân phải được theo dõi cho đến khi:
 - Tim ở cấp độ trở về bình thường và LDH giảm.
 - Lượng nước tiểu đạt 100 ml/ giờ.
 - HA < 150/100 mmHg.
 - Các dấu hiệu lâm sàng về bình thường.
- Dexamethasone nên cho tiếp tục liều 12mg/12 giờ IV cho đến khi các xét nghiệm về bình thường, sau đó sẽ dùng liều 5 mg/12 giờ x 2 IV.

IV. Tiên lượng

- Tỷ lệ tử vong mẹ khoảng 1%.
- Tỷ lệ tử vong con từ 10% – 60% tùy thuộc vào tình trạng bệnh của mẹ. Thận trọng nhất thai nhi này bị suy dinh dưỡng trong tử cung hoặc bị suy hô hấp.
- 19 – 27% số bệnh hội chứng HELLP ở lần mang thai kế tiếp.
- 43% bệnh tiến triển nặng trong những lần mang thai sau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Belfort MA., Thornton S., Saade GR. (2002), Hypertension in Pregnancy.

Hỏi chuyên HELLP

Viết bởi Biên tập viên

Thứ ba, 21 Tháng 1 2014 16:38 - Lần cập nhật cuối Thứ ba, 21 Tháng 1 2014 17:22

2. Bênh việ n Tĩ Dũ (2012), Phác đồ điệ u trĩ sĩ n phĩ khoa.
3. Phĩ m Vĩn Lĩnh, Cao Ngĩc Thĩnh (2007), Sĩ n phĩ khoa, Nhà xuĩ t bĩ n Y hĩ c, Hĩ Nĩ i, 2007.
4. Martin JN., Owens MY., Keiser SD., Parrish MR., Tam Tam KB., Brewer JM., Cushman JL, May WL (2012). "Standardized Mississippi Protocol treatment of 190 patients with HELLP syndrome: slowing disease progression and preventing new major maternal morbidity". Hypertens Pregnancy.
5. Solheim LD., Bernstein PS., High-Dose Corticosteroids in the Treatment of HELLP Syndrome.